

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

OSASUN ZIENTZIENTZEN FAKULTATEA

EVALUACIÓN Y DISMINUCIÓN DEL MIEDO DE LOS NIÑOS EN EL ENTORNO SANITARIO



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO DE ENFERMERÍA

CURSO 2019/2020

AUTORA: IRENE FERNÁNDEZ ALONSO

DIRECTORA: LETICIA SAN MARTÍN RODRÍGUEZ

CONVOCATORIA DE DEFENSA: MAYO DE 2020

Document Information

Analyzed document	EVALUACIÓN Y DISMINUCIÓN DEL MIEDO DE LOS NIÑOS EN EL ENTORNO SANITARIO (3).docx (D71631762)
Submitted	5/17/2020 7:19:00 PM
Submitted by	Leticia Sanmartin
Submitter email	leticia.sanmartin@unavarra.es
Similarity	0%
Analysis address	leticia.sanmartin.upna@analysis.arkund.com

Sources included in the report

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Marco conceptual: el miedo es una emoción que provoca angustia y ansiedad en los niños/as, más si cabe en el entorno sanitario. Además, genera respuestas fisiológicas, motoras y cognitivas. Esta emoción puede ser aliviada por parte de la enfermera, que tiene campo de actuación en este ámbito concreto. **Objetivos:** identificar, analizar y resumir el conocimiento existente sobre el miedo de los niños al entorno sanitario.

Método: revisión sistemática narrativa a partir de bases de datos multidisciplinarias y especializadas. **Resultados:** el entorno clínico genera no sólo miedo sino también ansiedad y un conjunto de emociones negativas en el niño. Los miedos más comunes están orientados hacia los procedimientos, el entorno, personal sanitario y vínculos afectivos. El rol de la enfermera es fundamental puesto que mantiene contacto cercano con el niño. Es por ello que se hace referencia a la importancia de protocolos y modelos de actuación para las enfermeras de cara al trato con el paciente pediátrico. Las intervenciones dirigidas a disminuir el miedo, han demostrado ser variadas en métodos, lo que proporciona un gran abanico de posibilidades de cara a futuras actividades.

Conclusiones: las intervenciones dirigidas a disminuir el miedo de los niños son efectivas. Sin embargo, se requieren estudios más recientes e intervenciones dirigidas a otros ámbitos además del hospitalario.

Palabras clave: enfermera; miedo; niño; entorno sanitario.

Número de palabras: 14.883

ABSTRACT AND KEY WORDS

Background: Fear is an emotion that causes anguish and anxiety in children, mainly in healthcare environments. It also produces physiological, behavioural and cognitive responses. Fear can be relieved by the nurse, who is competent to act in this specific area. **Goals:** To identify, analyse and summarize the current knowledge about children's fear towards healthcare environment. **Method:** A narrative systematic review using multidisciplinary and specialized databases was carried out. **Results:** Healthcare environment generates both fear and anxiety, as well as a set of negative emotions in children. The most prevalent fears are directly related to clinical procedures, healthcare environment and emotional attachments. The role of the nurse is essential since she maintains close contact with children. Consequently, protocols and interventions implemented by nurses are considered essential to deal with paediatric patients. Interventions aimed to fear reduction are varied, which provides a wide range of possibilities for future activities. **Conclusions:** Interventions aimed to reduce fear in children have shown to be effective. However, more updated studies on this topic are needed, as well as the development of interventions towards other areas besides the hospital setting.

Key words: Nurse; Fear; Child; Healthcare environment.

Word count: 14.883

LABURPENA ETA HITZ GAKOAK

Hitzaurrea: beldurra haurrengan antsietatea eragiten duen emozioa da, are gehiago osasun ingurunean. Gainera, erantzun fisiologikoak, izaera erlazionatuak eta kognitiboak sortzen ditu. Emozio hau arindu egin dezake erizainak, arlo zehatz honetan gaitasuna duelako. **Helburuak:** haurren osasun ingurunearekiko beldurrari buruz dauden ezagutzak identifikatu, aztertu eta laburbiltzea. **Metodologia:** narrazio bibliografikoen berrikuspena sistema metodologikoarekin, espezializatutako eta diziplina anitzeko datu baseetan. **Emaitzak:** ingurune klinikoak beldurra ez ezik, haurrengan antsietate eta emozio negatiboak sortzen ditu. Beldur ohikoak prozedurak, ingurune klinikoak eta harreman pertsonal eta emozionalak dira. Erizainaren papera ezinbestekoa da, hurrekin harreman estua mantentzen duelako. Hori dela eta, erizaintzat zuzendutako protokolo eta programen garrantzia eranstea beharrezkoa da, hurrekin erlazionatzerako orduan. Beldurra murriztera zuzendutako programak askotariko metodoak erabili dituzte. Honek, aukera ugari eskaintzen ditu ariketak prestatzeko orduan. **Ondorioak:** haurren beldurra murriztera zuzendutako programak eraginkorrak dira; hala ere, azterketa berriagoak behar dira haurren beldurrei dagokienez osasun-arloan, baita ere ospitaleak ez ezik beste arlo batzuetara zuzendutako programak.

Hitz gakoak: erizaina; beldurra; haur; osasun ingurunea.

Hitz kopurua: 14.883

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	MARCO CONCEPTUAL: SOBRE EL MIEDO Y LA ENFERMERÍA.....	2
2.1.	Relación enfermería y miedo.....	2
2.2.	El miedo	4
2.2.1.	Fisiología del miedo	5
2.2.2.	Signos del miedo	8
2.2.3.	El ciclo del miedo	9
2.3.	Sociología del miedo	11
2.3.1.	Tipologías del miedo	13
2.3.2.	La geometría del espacio mental	14
3.	OBJETIVOS	18
3.1.	Objetivos generales.....	18
3.2.	Objetivos secundarios.....	18
4.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
4.1.	Bases de datos consultadas	19
4.2.	Términos de búsqueda.....	19
4.3.	Selección de documentos	20
5.	RESULTADOS.....	23
5.1.	Sentimientos del niño hacia el entorno sanitario.....	23
5.1.1	Miedos más comunes en el niño.....	28
5.2	Rol de la enfermera ante el miedo infantil	31
5.3	Disminución del miedo a través de intervenciones.....	38
5.3.1	Teddy Bear Hospital.....	39
5.3.2	Let's Be Doctors	41

5.3.3	Otras intervenciones revisadas	43
6.	DISCUSIÓN	46
6.1.	Limitaciones del estudio	47
6.2.	Análisis del proyecto (matriz DAFO).....	48
7.	CONCLUSIONES.....	50
8.	PROPUESTA TEÓRICA DEL TRABAJO.....	51
8.1.	Introducción de la propuesta “¿Te cuento un secreto? El secreto es no tener miedo”	51
8.2.	Grupo diana	53
8.3.	Objetivos.....	54
8.3.1.	Objetivos principales	54
8.3.2.	Objetivos secundarios.....	54
8.4.	Contenido	55
8.5.	Metodología	56
8.5.1.	Primera parte del programa	56
8.5.2.	Segunda parte del programa	57
8.5.3.	Tercera parte del programa.....	58
8.5.4.	Cuarta parte del programa	61
8.6.	Otros datos acerca de la propuesta.....	65
8.7.	Evaluación.....	67
9.	AGRADECIMIENTOS.....	69
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
11.	ANEXOS.....	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características del NANDA "temor".....	3
Tabla 2. Los 7 signos del miedo.	8
Tabla 3. Tipologías del miedo.	13
Tabla 4. Bases de datos consultadas para la búsqueda bibliográfica.	19
Tabla 5. Combinación de operadores booleanos realizadas para la búsqueda bibliográfica.	20
Tabla 6. Sentimientos principales respecto al entorno sanitario en el niño.....	25
Tabla 7. Cómo superar los sentimientos negativos ante el entorno sanitario.	27
Tabla 8. Modelo para aconsejar al niño que tiene miedo.....	37
Tabla 9. Calificaciones del miedo PRE y POST.	40
Tabla 10. Comparación grupo experimental y grupo de control tras intervención lúdica.	44
Tabla 11. Comparación del miedo PRE y POST intervención.	44
Tabla 12. Matriz DAFO.....	48
Tabla 13. Contenido a proporcionar en la intervención	55
Tabla 14. Cronograma 1º sesión.....	58
Tabla 15. Cronograma 2º sesión.....	61
Tabla 16. Otros datos organizativos de la propuesta.....	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Efectos del sistema nervioso simpático.....	6
Figura 2. El ciclo del miedo infantil.....	9
Figura 3. Interpretación de la geometría del espacio mental.	15
Figura 4. Esquema geométrico flexible.	16
Figura 5. Esquema geométrico rígido.....	16
Figura 6. Diagrama selección de documentos.....	22
Figura 7. Comparación cuestionario PRE y POST intervención.	42
Figura 8. Ejemplo demostrativo actividad 4.....	60
Figura 9. Ejemplo demostrativo actividad 5.....	60
Figura 10. Ejemplo demostrativo actividad 10.....	63
Figura 11. Ejemplo demostrativo actividad 12. Escenario 1: paciente que viene a hacerse la revisión y le da miedo el entorno y material sanitario.....	64
Figura 12. Ejemplo demostrativo cuestionario actividad 13.....	64
Figura 13. Ejemplo demostrativo actividad 14.....	64
Figura 14. Esquema de la rúbrica de evaluación.....	67

1. INTRODUCCIÓN

Miedo, incertidumbre e inseguridad son algunas de las emociones de connotación negativa que describen los niños/as¹ cuando se hace mención al entorno sanitario. El miedo infantil es un problema que puede generar consecuencias a través de respuestas que varían desde el instinto de huida hasta el llanto, entre otros. En este ámbito, la enfermera tiene campo de actuación, debido a que el temor forma parte de uno de los diagnósticos de enfermería recogidos en la asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería. Por lo que, ante situaciones de temor en el niño, es competencia de la enfermería trabajar en la disminución del miedo a través de diferentes actividades.

Es por ello que surge este Trabajo de Fin de Grado. En él, se trata de resumir el conocimiento existente en torno al miedo del niño en el entorno sanitario, para, posteriormente, analizar la efectividad de las intervenciones de enfermería identificadas. Además, se hace hincapié en el rol de la enfermera como parte de la humanización de la atención sanitaria en el entorno pediátrico.

La propuesta se origina a través de la lectura de diferentes intervenciones que se describen a lo largo del trabajo. A partir de ellas, se tratará de reducir el miedo en sí mismo y capacitar a los niños con estrategias para lidiar con él.

Otro de los conceptos que comprende este trabajo es la humanización y capacitación del niño en el entorno sanitario. La educación sanitaria forma parte de las competencias de la enfermería y, por ello, se contempla como un concepto fundamental. De esta forma, haciendo partícipe al niño a lo largo de todo el proceso de aprendizaje, se tratan de integrar conocimientos, actitudes y habilidades de cara a lidiar con situaciones temerosas o productoras de miedo.

La propuesta presentada se desarrollará en un espacio preparado para simular una consulta de Atención Primaria, proporcionando al niño un escenario real con el que poder practicar lo aprendido. Todo ello se realizará desde una perspectiva lúdica, la cual integrará todos los elementos que se contemplan en el proceso de aprendizaje.

¹ En adelante se referirá a ambos sexos a través del género gramatical masculino.

2. MARCO CONCEPTUAL: SOBRE EL MIEDO Y LA ENFERMERÍA

En esta sección se expone, en primer lugar, la relación que tiene el miedo con la enfermería. De esta forma se justifica la necesidad de este trabajo. En segundo lugar, se conceptualiza el trabajo mediante la definición del miedo y sus características a modo de contextualización del tema objeto de estudio. Finalmente, tras definir el miedo y los componentes que lo acompañan, se expone una perspectiva diferente del miedo, que se centra en el impacto que genera a nivel social.

2.1. Relación enfermería y miedo

A la hora de hacer referencia al miedo y la relación que tiene con la enfermería, es inevitable mencionar a la NANDA, la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (1). En ella, se permite la creación de planes de cuidados a partir de la detección de diagnósticos (NANDA) y la correspondiente clasificación de resultados (NOC) e intervenciones (NIC).

Los resultados NOC permiten a la enfermera medir la resolución del diagnóstico enfermero emitido, y la herramienta de intervenciones NIC permite realizar actividades dirigidas a la resolución de dicho diagnóstico. La clasificación de la taxonomía NANDA-NOC-NIC se realiza teniendo en cuenta los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon y/o las 14 necesidades de Virginia Henderson (1).

Uno de los diagnósticos de enfermería que comprende esta taxonomía, y que se relaciona directamente con el tema objeto de estudio, es el de “temor”, definido como la “respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro” (1). Este diagnóstico está clasificado dentro de la categoría “enfrentamiento/tolerancia al estrés” y forma parte del 7º patrón de Marjory Gordon titulado “autopercepción/autoconcepto”, que aborda el concepto y la percepción de un individuo sobre sí mismo, las emociones y su imagen corporal (2).

Las características definitorias que comprende este diagnóstico se dividen en 3 grupos, según sean cognitivas, conductuales o fisiológicas.

Tabla 1. Características del NANDA "temor"

CARACTERÍSTICAS DEL NANDA "TEMOR"	
Cognitivas	Disminución de la capacidad de aprendizaje, resolución de problemas y productividad, estímulos considerados como amenazas e identificación de objetos que producen temor.
Conductuales	Aumento de alerta y conductas de ataque y evitación, impulsividad y la focalización limitada a la fuente de temor.
Fisiológicas	Signos como la disnea y fatiga, sequedad bucal, sudoración, diarrea y barreras lingüísticas entre otros.

Fuente: elaboración propia a partir de NNNconsult (1).

Tras detectar las características definitorias del diagnóstico enfermero del temor mostradas en la tabla 1, se procede a realizar un plan de cuidados con intervenciones NIC y actividades dirigidas específicamente al tratamiento de dicho diagnóstico. De esta forma, se podrá trabajar en la disminución del miedo desde el ámbito enfermero.

Otro de los diagnósticos enfermeros a destacar es el diagnóstico "ansiedad", también perteneciente a la misma categoría del diagnóstico "temor". Se define como la "sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza" (1).

Se considera necesario mencionar este otro diagnóstico, ya que, a lo largo del trabajo el término "miedo" y "ansiedad" van de la mano, debido a que son sentimientos comunes en el niño y están directamente relacionados con los miedos hacia el entorno sanitario.

2.2. El miedo

“El miedo es el fin de un proceso y el comienzo de otro” (3).

La emoción del miedo es definida por la RAE como la “angustia por un riesgo o daño real o imaginario” (4). El miedo es una emoción que puede aparecer ante la vivencia de diferentes experiencias, como lo es la hospitalización y el entorno clínico para los niños. En presencia de situaciones que suponen una amenaza el miedo destaca como un factor protector de supervivencia.

A la hora de definir el concepto de “miedo”, las definiciones encontradas son varias. Cada autor lo define de una manera diferente, realizando diversas aportaciones. Por lo tanto, combinando las definiciones que cada autor consultado proporciona, el miedo se definiría como un “conjunto de sensaciones, normalmente desagradables, que se ponen en marcha ante peligros que se viven como reales originando respuestas de tipo defensivo o protector. Estas respuestas se manifiestan en un conjunto de reacciones fisiológicas, motoras-comportamentales y manifestaciones cognitivo-subjetivas, y pueden aparecer de forma simultánea o independiente” (5).

Las reacciones motoras-comportamentales son entendidas como aquellos comportamientos dirigidos a la acción del individuo, como, por ejemplo, la huida. En cambio, las manifestaciones cognitivo-subjetivas van orientadas al sentimiento y pensamiento humano, que varían según cada individuo y la percepción que tiene hacia las situaciones causantes del miedo. Las reacciones fisiológicas se describen en el apartado 2.2.1.

2.2.1. Fisiología del miedo

El miedo no es solamente un sentimiento cuyas manifestaciones son puramente psicológicas, sino que también genera respuestas a nivel fisiológico. Ante un estímulo que, en este caso, produce miedo en el niño, se origina una respuesta que se desencadena desde el sistema nervioso simpático. Los efectos de dicha respuesta van dirigidos a la preparación del organismo para enfrentarse a situaciones percibidas como una amenaza.

El sistema nervioso simpático está presente en diferentes situaciones emocionales que son de gran intensidad. El objetivo de los cambios que se generan es aumentar la capacidad que normalmente tendría un individuo para realizar actividad física. Estas modificaciones reciben el nombre de “reacción de alarma simpática” o “reacción de lucha o huida” (6).

Cuando se da una situación de alarma, el sistema nervioso simpático se activa y cobra mayor importancia que el parasimpático. En estos casos la respuesta que se da es la conocida como “descarga masiva”, en la que componentes del sistema nervioso simpático se descargan de manera simultánea, provocando un aumento de sus efectos (6).

La respuesta comienza cuando un individuo se expone a un escenario que le produce miedo. En ese momento, se activa el hipotálamo y se genera una respuesta en el organismo que comienza con la descarga de catecolaminas (adrenalina, noradrenalina), que se liberan desde la médula suprarrenal hasta la circulación sanguínea, distribuyéndose por los distintos tejidos del organismo. Las acciones que realizan dichas hormonas y los efectos que tienen en el organismo se dan debido a la estimulación simpática (*véase figura 1*).

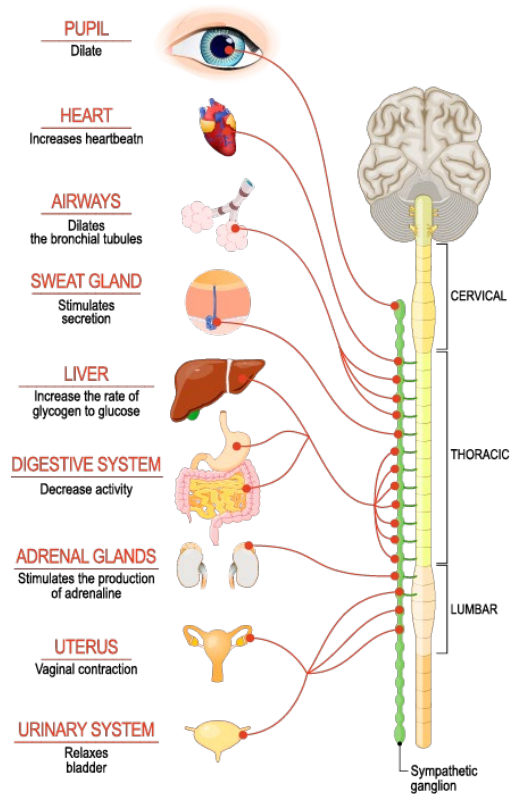


Figura 1. Efectos del sistema nervioso simpático.

Fuente: obtenida a partir de <https://imotions.com/blog/nervous-system/>

Ante dicha respuesta de alarma, se produce la mencionada “descarga masiva”. Los efectos que se logran ante esta reacción fisiológica son los siguientes (6):

1. Dilatación de las pupilas: proporciona una mejora del campo visual del individuo, aumentándolo.
2. Dilatación de las vías aéreas: facilita un mayor aporte de oxígeno en los tejidos.
3. Corazón y sistema cardiovascular: aumenta la actividad cardíaca. La frecuencia cardíaca aumenta para aportar un mayor número de nutrientes y oxígeno a los tejidos, a la vez que aumenta la fuerza de contracción. Una mayor actividad cardíaca en la que el ritmo y la presión del corazón son mayores, proporciona mayor irrigación a los músculos.
- 3.1. Aumento de la presión arterial: aumento tanto de la resistencia del flujo sanguíneo como del bombeo cardíaco, ocasionando así, un aumento en la presión arterial.

- a. Vasos sanguíneos:
 - i. Constricción de un número determinado de vasos sanguíneos, disminuyendo así la cantidad de sangre dirigida a órganos como el tubo digestivo y los riñones, y se dirigen a otros órganos y tejidos encargados de facilitar dicha respuesta fisiológica.
 - ii. Dilatación de los vasos del músculo esquelético, cardíaco, hígado y tejido adiposo para proporcionar una mayor irrigación, de forma que puedan desempeñar una mayor actividad.
- 4. Aparato digestivo: la energía utilizada para los procesos digestivos pasa a ser secundaria, es por ello que el peristaltismo intestinal es inhibido y se produce un aumento del tono de los esfínteres. El resultado es el enlentecimiento del paso de los alimentos por el organismo. Incluso puede ocurrir que este mecanismo de adaptación produzca estreñimiento en el individuo.
- 5. Sistema renal: se reduce la producción de orina. Se estimula la producción de adrenalina y noradrenalina en la médula suprarrenal.
 - 5.1. Glándulas corporales: la constricción de los vasos sanguíneos del aparato digestivo, también generan constricción en los vasos dirigidos a irrigar las glándulas digestivas, causando una disminución de las secreciones.
- 6. Aumento de la actividad mental: mayor concentración en lo percibido como inmediato, el resto de pensamientos pasan a un segundo plano.
- 7. Efectos metabólicos: se producen dos efectos.
 - 7.1. Aumento de la degradación de grasa del tejido adiposo: para obtener mayor energía para hacer frente a dicha situación amenazante.
 - 7.2. Liberación de glucosa en sangre: la mayor irrigación sanguínea al hígado aumenta su actividad, permitiendo mayor liberación de glucosa para aportar energía al organismo.

Estas medidas de adaptación que sufre el organismo ante una situación de alarma permiten al individuo realizar una gran cantidad de actividad física, que no sería posible en condiciones normales (6).

2.2.2. Signos del miedo

Un factor importante a la hora de estudiar las emociones, en este caso, el miedo infantil, es poder detectar la manifestación de dicha emoción de manera objetiva. A lo largo de la historia se han realizado diversos estudios centrados en las emociones a partir de los cuales varios autores han detectado un patrón de manifestaciones ante el miedo. Dichas manifestaciones se dividen en las 7 categorías descritas en la tabla 2.

Tabla 2. Los 7 signos del miedo.

LOS 7 SIGNOS DEL MIEDO	
CATEGORÍA	MANIFESTACIONES
Signos psicológicos	Enfermedades (reales o imaginadas), dolores de cabeza, cansancio, micción frecuente, pérdida de peso, sudor profuso.
Reacciones emocionales	Llanto, sensibilidad, tartamudez, irritabilidad cambios de expresión, risa excesiva, fácilmente sorprendido.
Hábitos de trabajo	Ausencias frecuentes, poca concentración, pérdida de concentración, desorganización,
Hábitos nerviosos	TIC nervioso, morder las uñas y los dedos, masticación (pelo, ropa), parpadeo.
Agresión y mala conducta	Violencia, pérdida de temperamento, mal lenguaje, acoso escolar, ira incontrolable, dibujos violentos, rotura de lápices.
Comportamiento de “llamado de atención”	Inmadurez, necesidad de atención, invención de historias, falsas lesiones, aferrarse a figuras como profesores, comportamientos demandantes.
Comportamiento autodestructivo	Comportamientos suicidas, apatía, abuso de sustancias, denigración personal.

Fuente: Nicastro EA, Whetsell MV, 1999 (7)

2.2.3. El ciclo del miedo

El concepto del ciclo del miedo describe las “respuestas de los niños ante situaciones de amenaza y su reacción ante objetos de miedo” (7). En él, se estudia el primer contacto de aquella situación que el niño percibe como amenazante y cómo se ve él mismo ante ella. El término objeto de miedo es definido por Robinson en 1991 como “cualquier preocupación o conceptualización de que el niño prevé aquello que puede producirle daño, dolor o pérdida” (7).

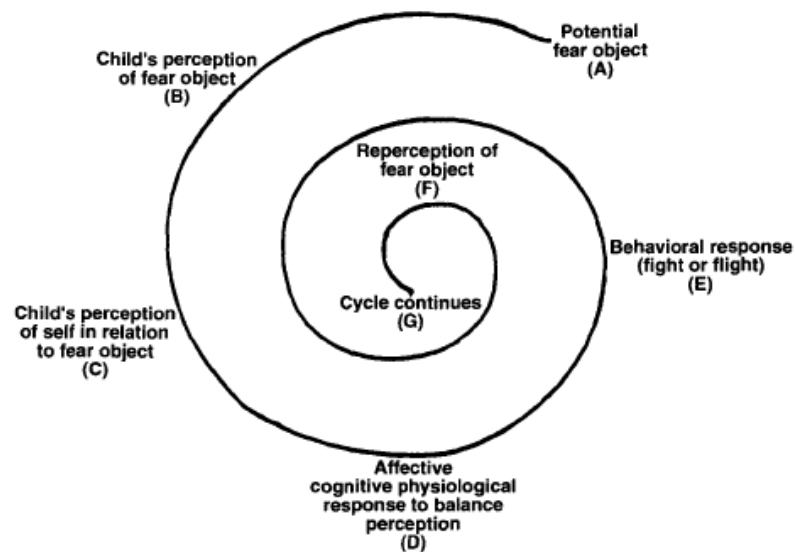


Figura 2. El ciclo del miedo infantil.

Fuente: Nicastro EA, Whetsell MV, 1999 (7)

Como se puede observar en la figura 2, el ciclo del miedo se divide en 6 ítems: (A) la exposición del niño hacia el objeto de miedo, (B) la concienciación del niño ante la presencia del objeto de miedo, (C) la evaluación que realiza sobre la amenaza que representa el objeto de miedo y los recursos de los que dispone para sobreponerse a la situación, (D) la respuesta psicológica ante la presencia del objeto de miedo, en el que se incluyen los sentimientos del niño ante la situación, (E) la respuesta del niño hacia el objeto de miedo, en el que el niño pasa a la acción, y (F) la nueva evaluación ante la amenaza que supone el objeto de miedo, según si la respuesta presentada previamente ha resultado exitosa o no.

Este ciclo refleja la capacidad de respuesta de un niño respecto a las situaciones percibidas como amenazantes y productoras de miedo. Por tanto, se entiende que un mayor éxito a lo largo del ciclo supone una mejora en la capacidad del niño de enfrentarse a situaciones que suponen una amenaza. Dicho éxito refleja la posesión de estrategias para enfrentar y sobreponerse ante determinadas situaciones (7).

Para una mayor comprensión del ciclo del miedo, se introduce un ejemplo de una situación real vivida en las prácticas realizadas en Atención Primaria durante el Grado en Enfermería: la vacunación en los colegios.

Al llegar al colegio, se recogen los consentimientos y se procede la preparación de las vacunas. Los niños se dividen para poner la vacuna según grupos de clase y género. La mecánica consiste en el paso de los niños de uno en uno a la sala dónde se han preparado las vacunas, y administrarla. En este escenario, el “objeto de miedo” es la vacuna. La secuencia del ciclo del miedo en este caso sería la siguiente: el niño es expuesto al objeto de miedo, el niño y la vacuna se encuentran en la misma sala (A). El niño ve la vacuna y es consciente de su presencia, de que se la tienen que poner (B). La vacuna supone una amenaza para él, ya que ha sido previamente consciente de que se la tienen que poner y evalúa los recursos de los que dispone para enfrentar esa situación (la distancia de la puerta, objetos al alcance...) (C). El niño da una respuesta psicológica ante el miedo: llanto, grito (D). Es el momento de acción, el niño no quiere ponerse la vacuna y su respuesta es llorar afirmando que no se la quiere poner y salir corriendo por la puerta más cercana (E). Tras ver al resto de sus compañeros ponerse la vacuna y observar que no ha supuesto ningún problema, el niño reevalúa la amenaza que representa la vacuna para él y vuelve a la habitación (F). Comienza un nuevo ciclo del miedo en el que, esta vez, la respuesta del niño es diferente, la acción a realizar por su parte es enfrentarse al miedo que le supone la vacuna y decidir ponérsela (G).

2.3. Sociología del miedo

“El miedo ayuda a adquirir la experiencia del mundo. Cuando se combina el miedo con los recuerdos, la imaginación y el razonamiento, guía al sujeto hacia la precaución y también hacia posibilidades de nuevas experiencias”. (8)

La sociología es definida como la “ciencia que trata la estructura y funcionamiento de las sociedades humanas” (4). Se considera importante estudiar el impacto que tienen las emociones, el miedo, en esta ocasión, en ella.

Desde el punto de vista de la sociología, el miedo es una de las emociones que genera impacto en la sociedad, además de proporcionar experiencias nuevas a nivel personal. Cada individuo, ante una situación que le produce miedo, interpreta la realidad desde una perspectiva diferente. Son varios los sociólogos dedicados a estudiar el impacto que tiene no sólo esta emoción en concreto, sino todas las emociones desde una perspectiva social (9). Estos autores afirman que las emociones de cada individuo forman parte y dependen tanto de las relaciones sociales entre individuos como de la sociedad en la que uno habita, siendo así la emoción no sólo un componente puramente psicológico y fisiológico, sino también de carácter social (9).

La sociología de las emociones tiene un objetivo, que comprende el estudio de las emociones usando el “aparato conceptual y teórico de la sociología” (9), convirtiéndose así en una sociología aplicada a las emociones. Las emociones se entienden como imprescindibles para comprender los procesos sociales, sobre todo si se tratan de emociones de gran impacto como es el miedo. Existe un consenso sobre las emociones en el ámbito de la sociología, clasificando algunas de ellas como “emociones primarias” y, el miedo, es clasificado como una de ellas (8).

Son varios los autores que defienden la importancia del estudio de las emociones en el ámbito de la sociología. Algunos afirman que las emociones cobran sentido en las relaciones sociales, de tal forma que, emociones como el miedo pueden llegar a condicionarlas. Otros autores, en cambio, defienden que las emociones están

directamente relacionadas con las normas que se imponen en cada tipo de sociedad en la que se habita.

En una entrevista, el sociólogo Frank Furedi habla sobre la “cultura del miedo en el siglo XXI”. En ella, refiere que “la dimensión más importante de la cultura del miedo es que tendemos a transformar todos nuestros problemas en problemas médicos” (10) haciendo referencia a que el ser humano, hoy en día, ha adquirido la tendencia a medicalizar todo problema que se presenta en la cotidianidad de la vida. De esta forma, surge la tendencia de volver patológicas las experiencias ordinarias, siendo así que, tal y como refiere Furedi, se está perdiendo la tendencia de lidiar con los desafíos de la vida, ya que se evita enfrentarse a ellos.

Este problema, también se traslada a los niños y sus miedos. El hecho de encontrar difícil lidiar con los problemas y desafíos de la vida está relacionado con la educación que se recibe en la infancia. Furedi refiere que, conforme los niños van creciendo, no son educados de forma que aprendan valores de valentía, lealtad y deber, sino que, al contrario, son educados de forma que aprendan “trucos psicológicos” para aprender a lidiar con los miedos que se abordan de manera cotidiana (10).

Este ejemplo lo traduce incluso a las escuelas, donde afirma que los niños están educados de forma que buscan una validación constante ante las actividades que realizan (10). Además, cuando los comportamientos manifestados son clasificados como negativos, se evita el castigo para que no sufran verdaderos traumas. De esta forma, hace alusión a que no se enseña a los niños a lidiar con problemas, miedos y retos de la vida diaria, sino que, a cambio, se les devuelve una sonrisa”.

Así, se hace referencia a que este tipo de educación recibida en la infancia es la razón por la que “tenemos una generación que encuentra difícil lidiar con experiencias difíciles de la vida diaria, que, además, se ha adquirido la tendencia a medicalizar” (10).

2.3.1. Tipologías del miedo

El miedo es una emoción que se manifiesta de manera diferente según el individuo que lo siente. Por ello, a la hora de estudiar el impacto que tiene el miedo en la sociedad, son varios los autores que hablan de diferentes tipologías (4,8,11,12).

Las definiciones descritas en la tabla 3 son realizadas por diferentes autores, en las que se manifiesta que existen diferentes tipos de miedo desde una perspectiva social, ya que ninguno de ellos hace alusión a la rama fisiológica.

Tabla 3. Tipologías del miedo.

TIPOLOGÍAS DEL MIEDO	
Miedo de/miedo por	El autor lo define como un miedo parcial, que es de carácter definido (11).
Miedo global	Miedo que es capaz de difundirse. El individuo es capaz de realizar reflexiones acerca de lo que le está produciendo ese miedo (8).
Miedo total	Es un miedo indefinido, que produce ansiedad. Es una “clase de miedo que no es miedo de algo o por algo definido, sino que puede describirse como un miedo de todo por todo, más extremo que un miedo cotidiano” (11).
Miedo estructural	Al igual que ocurre en el <u>miedo global</u> el individuo es capaz de realizar reflexiones acerca de lo que siente. El individuo siente miedo ante la ruptura de lo conocido y la construcción de un futuro sin referencias de ello. “Se transforman los problemas sociales en estados anímicos, en sentimientos de culpabilidad, ansiedad y conflictos” (8).
Miedo difuso	La emoción es difícil de expresar, genera incertidumbre acerca de su futuro y confusión ante el cambio. El individuo siente que “no sabe lo que le pasa”. El individuo no es capaz de realizar reflexiones (8).

Miedo frío	Hace referencia a aquel miedo que paraliza la expresión de las emociones en el individuo, siendo “incapaz de comprender y explicar las cosas que uno es capaz de hacer, el modo de proceder”(12).
Miedo insuperable	Invalida la capacidad de “decisión y raciocinio” de un individuo(4).

Fuente: elaboración propia a partir de (4,8,11,12).

2.3.2. La geometría del espacio mental

Dentro de la variedad de autores que analizan el papel que cumplen las emociones en la sociedad, Kurt Riezler, en su obra “La psicología social del miedo”, define un concepto llamado “la geometría del espacio mental”. El autor concibe este concepto como el origen a partir del cual los seres humanos actúan no sólo en la vida cotidiana, sino también ante situaciones de miedo (11).

En la geometría está presente lo que el autor define como el “esquema del orden”, donde aguardan los principios de cada individuo y las presuposiciones ante las vivencias cotidianas. Este esquema reside dentro de la geometría y es de estructura compleja. En cada individuo las estructuras de este sistema varían, adecuándose a los principios y a las cosas que cada uno da por sentadas. Está formado por axiomas creados en base a presuposiciones, hipótesis justificadas, conocimientos y experiencias previas, convicciones de cada individuo y pensamientos.

A partir de ese esquema se forma la base de la geometría, que es la que permite al individuo actuar. Ante situaciones nuevas, desconocidas, el individuo actúa según lo que sus conocimientos y experiencias almacenadas en el espacio geométrico le indican. Para mayor comprensión de este concepto se inserta la siguiente figura.

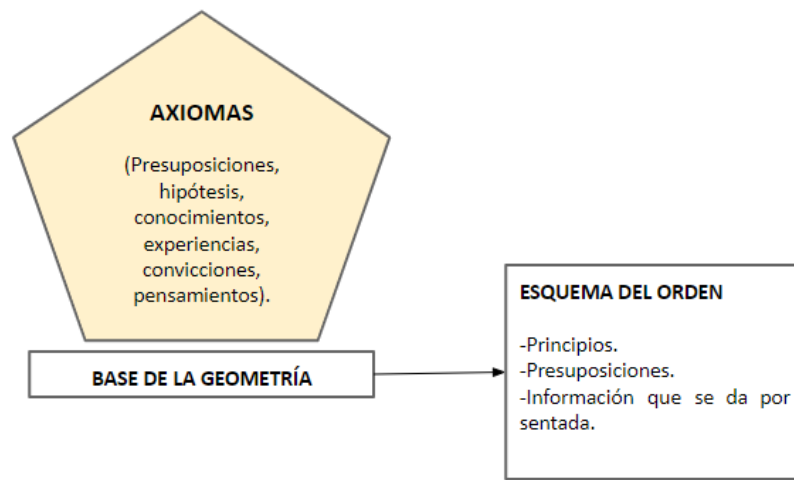


Figura 3. Interpretación de la geometría del espacio mental.

Fuente: elaboración propia a partir de Riezler (11).

El papel que cumple el miedo en este esquema es el de aporte de recursos ante lo desconocido. El autor afirma que cuando se está ante una situación que produce miedo, una situación clasificada como peligrosa, se realizan suposiciones y se actúan mediante ellas: “si no conocemos la naturaleza de dicho peligro, el ser humano realiza una presuposición a partir de la cual actúa” (11).

En opinión de Riezler es gracias a esta base geométrica que el ser humano puede actuar, de forma que, si hay una amenaza hacia dicha base, y/o hacia el sistema geométrico completo, “puede quitar a los individuos su capacidad de acción, porque es la base a partir de la cual actúan, de lo conocido y de las presuposiciones ante lo desconocido” (11).

A medida que se viven nuevas experiencias, y se adquieren conocimientos, estos se pueden integrar en la base geométrica propuesta por Riezler. Por ello, este espacio geométrico puede ser rígido o flexible, tal y como se describen en las figuras 4 y 5, ya que constantemente sufren cambios a medida que se viven nuevas experiencias. Los conocimientos, pensamientos y experiencias nuevas que habitan el esquema se ordenan y reorganizan de forma constante, funcionando como una base de datos en constante actualización y aportando nuevos recursos frente a lo desconocido.

Cada individuo tiene su propio esquema geométrico, es algo individual a cada ser humano, algo inherente a él. El hecho de que se integre nueva información a la base de la geometría depende de lo flexible que sea el esquema mental de cada individuo. Cuanto más flexible sea, mayor es la capacidad de adaptación de un individuo, de

almacenamiento de nueva información, de nuevas experiencias y de reorganización de las ya presentes en esa base de datos que constituye el esquema geométrico, enriqueciendo al ser humano. En cambio, cuanto más rígido menos experiencias y conocimientos son los que pueden acceder a dicho espacio.

De esta forma, Riezler afirma que, ante una situación de miedo, es el individuo con una geometría flexible el que va tener más recursos para enfrentarse a ella, a diferencia del individuo con sistema geométrico rígido. Es por ello que se considera importante este concepto, porque proporciona recursos para actuar ante situaciones que asustan.

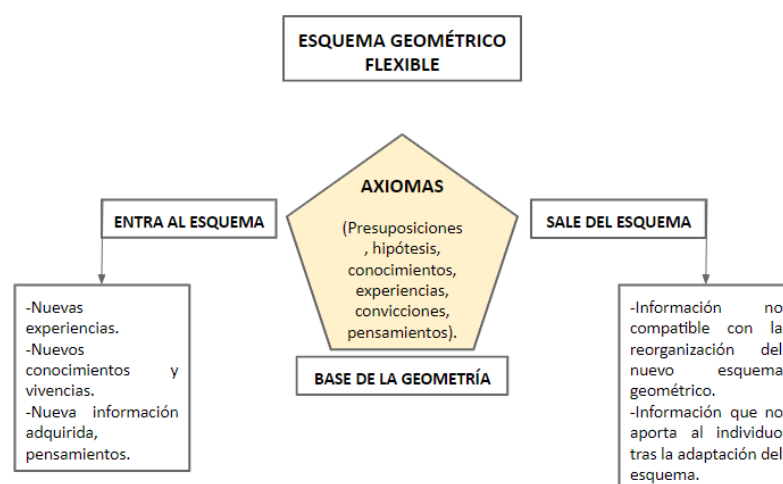


Figura 4. Esquema geométrico flexible.

Fuente: elaboración propia a partir de Riezler (11).

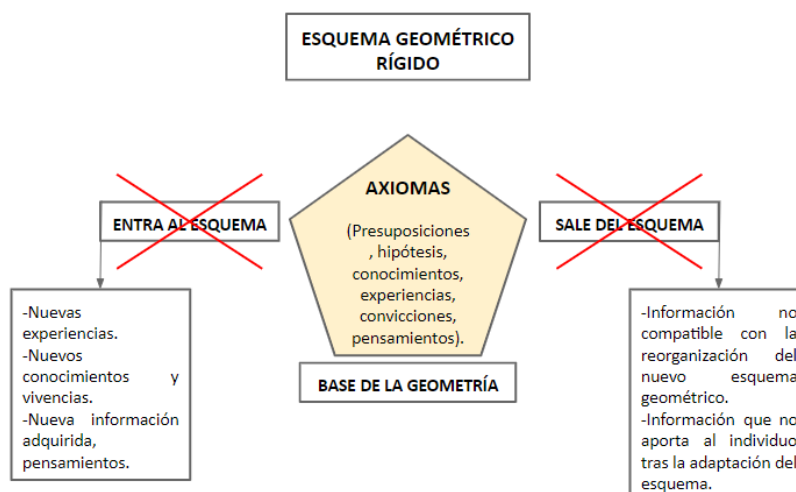


Figura 5. Esquema geométrico rígido.

Fuente: elaboración propia a partir de Riezler (11).

Mediante este concepto que propone el autor, se entiende que cualquier experiencia que vive el ser humano se interpreta según el conocimiento y experiencias previas que posee. Esto es lo que permite a un individuo tener recursos a la hora de actuar ante situaciones desconocidas.

Si trasladamos este concepto al miedo, Riezler afirma que un individuo con un esquema geométrico flexible “protege al individuo del miedo indefinido” (11), ese miedo indefinido al que clasifica como miedo total (*véase tabla 3*). Con esto se entiende que, ante una situación en la que el niño tiene miedo, aquel con un esquema geométrico rígido probablemente no tenga recursos para enfrentarse a él, y aquel niño que posea un esquema geométrico flexible dispondrá de una variedad de recursos para adaptarse a la situación y enfrentarse a ella.

3. OBJETIVOS

A continuación, se presentan los objetivos generales y secundarios del presente trabajo.

3.1. Objetivos generales

Identificar, analizar y resumir el conocimiento existente sobre el miedo de los niños al entorno sanitario.

3.2. Objetivos secundarios

1. Estudiar los sentimientos que genera el entorno sanitario en los niños.
2. Determinar el rol de la enfermera en la reducción del miedo de los niños como parte de la humanización de la atención sanitaria en el entorno pediátrico.
3. Identificar intervenciones llevadas a cabo para reducir el miedo de los niños al entorno sanitario.
4. Diseñar una serie de recomendaciones para las enfermeras de pediatría, dirigidas a reducir el miedo de los niños en el entorno sanitario.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Para dar respuesta al objetivo del estudio se propone una revisión narrativa de la literatura, con metodología sistemática.

A la hora de realizar la búsqueda bibliográfica se plantea la pregunta de qué es el miedo y por qué los niños temen las palabras “hospital”, “entorno sanitario”, “enfermera”.

4.1. Bases de datos consultadas

Tras formular la pregunta en relación con qué es lo que se pretende estudiar, se realiza una revisión de la literatura en diferentes bases de datos y libros relacionados con el tema objeto de estudio (*tabla 4*).

Tabla 4. Bases de datos consultadas para la búsqueda bibliográfica.

BASES DE DATOS CONSULTADAS	
MULTIDISCIPLINARES	ESPECIALIZADAS
<ul style="list-style-type: none">- DIALNET- WEB OF SCIENCE	<ul style="list-style-type: none">- PUBMED- CINAHL- PSYCINFO

Fuente: elaboración propia.

Para lograr acceso al texto completo de algunos documentos que no se incluyen en la base de datos, se utiliza el buscador de Google Académico.

4.2. Términos de búsqueda

Las palabras-clave utilizadas a lo largo de la búsqueda bibliográfica son, en español y en inglés:

- Español: miedo, niños, estrés, ansiedad, hospital, entorno sanitario, psicología, humanización, cuidado, enfermería.
- Inglés: fear, stress, anxiety, hospital, clinical environment, medical setting, paediatrics, care, humanisation, nursing.

Para lograr que la búsqueda sea más específica se han utilizado 3 tipos de operadores booleanos: AND, OR, NOT. Para ello se han realizado diferentes combinaciones tal y como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Combinación de operadores booleanos realizadas para la búsqueda bibliográfica.

COMBINACIÓN DE OPERADORES BOOLEANOS	
INGLÉS	ESPAÑOL
Fear AND children NOT teenager AND medical setting.	Miedo Y niños Y entorno sanitario. Miedo Y niños Y hospital.
Fear OR anxiety OR stress AND children AND hospital.	Miedo O ansiedad O estrés Y niños Y hospital O entorno sanitario.
Paediatrics AND fear AND healthcare NOT hospital.	Psicología Y miedo Y niños. Cuidado Y Enfermería Y humanización.
Humanisation AND nursing.	

Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla 5, la búsqueda se realiza utilizando el filtro idiomático: “español” e “inglés”. Se realizan diferentes combinaciones de cara a lograr un resultado más específico de artículos.

4.3. Selección de documentos

Una vez completada la búsqueda se realizó una selección de los artículos encontrados hasta el momento. Se seleccionaron 67 artículos resultado de la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos ya mencionadas. Una vez conseguidos los artículos, se eliminaron los duplicados en primera instancia, disminuyendo los artículos encontrados en 62. Tras la lectura del título y resumen de cada documento, se descartaron aquellos que no estaban directamente relacionados con el tema objeto de estudio, siendo 14 los artículos descartados.

Tras revisar los documentos seleccionados, aquellos cuyo contenido no terminaba de ajustarse al tema objeto de estudio fueron descartados, quedando así 27 documentos seleccionados para la realización del trabajo.

A la hora de realizar el descarte de los documentos, se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión descritos en la figura 6. Por un lado, se incluyeron aquellos artículos cuyo título y resumen se dirigía al estudio del miedo de los niños al entorno sanitario. También se tuvo en cuenta el objetivo de dichos estudios y su contenido. Por otro lado, se excluyeron aquellos artículos que mencionaban el miedo infantil, pero no contenían información acerca del miedo hacia el entorno sanitario ni información ajustable a la revisión. También se excluyeron aquellos artículos que, tras la lectura del título y resumen parecían aparentemente ajustables al tema objeto de estudio pero que, finalmente, no era posible incluirlos en la revisión como, por ejemplo, aquellos artículos que contenían información acerca del miedo infantil al entorno sanitario, pero que, estaban completamente centrados en el entorno hospitalario y no contemplaban otros ambientes sanitarios.

Los criterios de inclusión de los documentos se realizaron teniendo en cuenta el objetivo de la revisión bibliográfica. Fueron los siguientes:

- Título y resumen del documento adecuados al objetivo del tema objeto de estudio.
- Objetivo del documento relacionado con la revisión bibliográfica.
- Acceso al texto/documento para su posterior lectura, a través del acceso electrónico disponible en la biblioteca de la universidad o a través del préstamo bibliotecario e interbibliotecario.

También se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de exclusión para descartar documentos:

- Artículos duplicados en diferentes bases de datos.
- Título y resumen del documento no adecuados al tema objeto de estudio.
- Contenido del documento no ajustable a la realización de la revisión bibliográfica.

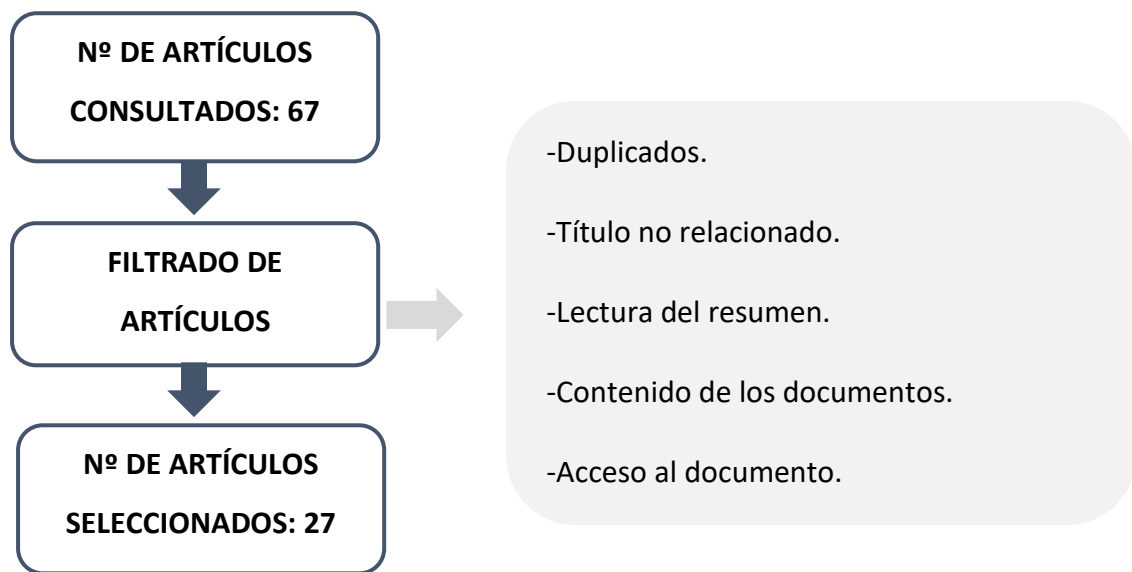


Figura 6. Diagrama selección de documentos

Fuente: elaboración propia.

5. RESULTADOS

En este apartado se exponen los resultados obtenidos tras la lectura de los documentos seleccionados en la revisión bibliográfica. Se divide el apartado en 3 secciones según el análisis de los documentos seleccionados.

En la primera sección se exponen los sentimientos que genera el entorno sanitario en los niños, puesto que, junto al miedo, se reúnen otros sentimientos negativos que se considera interesante describir. También se realiza un subapartado en el que se reúnen los miedos más comunes con relación al entorno sanitario.

La segunda sección va dirigida al rol de la enfermera con relación al miedo de los niños al entorno sanitario, en la que se exponen 2 protocolos/intervenciones dirigidas a humanizar la atención sanitaria y tratar de disminuir el miedo infantil.

Finalmente, se realiza una tercera sección en la que se exponen diferentes intervenciones dirigidas a reducir el miedo sanitario en los niños.

5.1. Sentimientos del niño hacia el entorno sanitario

El entorno sanitario, no solamente el hospitalario, constituye un medio hostil para cualquier individuo, incluyendo a los más pequeños. El contexto sanitario es conocido por ser un lugar donde el niño es vulnerable, no conoce el entorno y tiende a sentir inseguridad y miedo entre otros. De hecho, Forsner y colaboradores afirman que uno de los miedos más frecuentes en la infancia es el miedo al entorno clínico (13).

Son varios los estudios que indican que el niño ante un contexto sanitario, sobretodo, de hospitalización y de realización de procedimientos, siente no sólo miedo, sino un conjunto de emociones que viajan desde el desconocimiento e inseguridad, hasta la impotencia (13,14). Salmela y colaboradores, en uno de sus estudios realizado mediante entrevistas a niños, muestran que son 4 los sentimientos negativos que más se repiten a la hora de hablar del entorno hospitalario (14).

1. Inseguridad: los niños no se sienten seguros ante lo que supone un nuevo entorno desconocido, además del nuevo personal que lo rodea. Otros aspectos que causan inseguridad en el niño han resultado ser “el problema de salud, los posibles procedimientos a realizar por parte de las enfermeras y la posibilidad de ser

separado de la familia” (14). Este último es uno de los aspectos que más inseguridad causa, generando una posible pérdida de confianza en el niño. Enfrentarse a determinadas situaciones y retos como la realización de procedimientos es otro de los escenarios en el que se vio que el niño se sentía más inseguro.

2. Miedo a ser herido: uno de los miedos y sentimientos más comunes es el miedo que tiene el niño a ser físicamente herido, un comportamiento que se ve reflejado a la hora de realizar procedimientos como la vacunación o analítica de sangre. “El niño no entiende la necesidad de realizar procedimientos que generan dolor” (14). De hecho, Salmela y colaboradores refieren que esta serie de situaciones en las que urge la necesidad de realizar algún procedimiento que puede generar dolor, pueden generar sentimientos de “amenaza de violación e invasión de intimidad hacia su cuerpo” (14) en el niño.
3. Impotencia: el niño puede sentir impotencia ante situaciones que considera que no son justas, pero que son necesarias para el personal sanitario, resultando que, ante el sentimiento de no estar de acuerdo con la situación, puede llegar a sentir que no es aceptado y que “no se cumplen las expectativas de los adultos” (14).
4. Pérdida de control: Salmela y colaboradores afirman que debido a este sentimiento muchos niños adquieren una actitud sumisa, ya que sienten que los adultos “no toman en serio sus preferencias” (14) sienten que no se respetan.
 - 4.1. Incapacidad de toma de decisiones: uno de los sentimientos más significativos en el niño en torno a la pérdida de control, es el sentir que no son capaces de tomar decisiones por ellos mismos, porque los adultos “restringen su capacidad de decisión con reglas y prohibiciones” (14), sintiendo que no son capaces de decidir por ellos mismos, ya que son los adultos quienes eligen. Muchos niños sienten esto como una pérdida de intimidad respecto a su vida, en la que sienten que no pueden decidir por ellos mismos.

5. Rechazo: se ha visto que es algo común en los niños el no querer admitir cuándo están sintiendo miedo. A través de este estudio, se ha podido ver que “cuando descubren que otros niños también tienen miedo, son más propensos a expresar que están sintiendo miedo” (14).

Forsner y colaboradores no sólo hablan del miedo, sino también de otros sentimientos respecto al entorno sanitario y cómo superarlos. En su estudio, los niños contaban sus experiencias. A partir de ahí se obtuvieron los principales sentimientos experimentados:

Tabla 6. Sentimientos principales respecto al entorno sanitario en el niño.

ANÁLISIS ESTRUCTURAL; AMENAZADO POR LA ATENCIÓN MÉDICA			
“Amenazado por el monstruo de la atención médica”			
Consciencia del peligro	Trato injusto	Sentirse abrumado	Deseo de protección
Inseguridad ante lo desconocido.	Ignorado por adultos.	Dominado por los sentimientos.	Búsqueda de protección.
Inseguridad ante los profesionales de medicina y enfermería.	Forzado y violado por adultos.	Estar fuera de control.	Llanto por misericordia.
Miedo de ser físicamente herido.		Atrapado en la desesperación.	

Fuente: Forsner M, Jansson L, Söderberg A, 2009 (13).

Como se puede observar en la *tabla 6*, los principales sentimientos que se identifican en el estudio son (13):

1. Consciencia del peligro: el niño se siente amenazado y en peligro en el momento en el que “entra en contacto con los cuidados sanitarios” (13). Se siente inseguro y amenazado ante el personal sanitario, que es un desconocido para él. Además, Fosner y colaboradores comentan que los dispositivos médicos y clínicos que los niños veían (agujas, objetos afilados...) les provocaban miedo y sensación de peligrosidad ante la posibilidad de recibir daño.
2. Trato injusto: el niño, en las ocasiones en las que ha estado en contacto con el entorno clínico, se ha sentido injustamente tratado y ha sentido que no se le ha escuchado cuando ha expresado sus sentimientos. De hecho, en uno de los testimonios del estudio un niño se expresa de la siguiente forma: “empiezo a llorar, me aparto porque no quiero ir, pero me sujetan y realizan lo que tienen que hacer igualmente, me fuerzan” (13).
3. Sentirse abrumado: ante el miedo y las amenazas externas que supone el entorno clínico este estudio afirma que muchos niños se sienten “abrumados por los sentimientos, a pesar de que intentan mantenerse calmados, sienten ira, desesperanza y miedo al mismo tiempo” (13).
4. Deseo de protección: ante situaciones que el niño percibe como peligrosas y le provocan miedo, busca la protección de un adulto de forma instintiva, de tal manera que uno de los niños entiende que, de esta forma, “finalmente sería posible que los adultos escucharan y suspendieran el procedimiento” (13).

En este mismo estudio Fosner y colaboradores, determinaron cómo estos niños podían superar no solo el miedo, sino también el resto de sentimientos provocados por el entorno sanitario.

Tabla 7. *Cómo superar los sentimientos negativos ante el entorno sanitario.*

ANÁLISIS ESTRUCTURAL; LA POSIBILIDAD DE VENCER AL MIEDO			
“La posibilidad de romper el hechizo del miedo”			
Esperando lo mejor	Ser recibido	Recepción de ayuda	Enfrentándose a los miedos
Ser confiado. Confiar en no ser físicamente herido.	Conocer personal calmado y simpático. Disponibilidad Involucrarse	Distraerse. Recibir consuelo. Calmarse. Recibir apoyo.	Familiarizarse con el miedo. Conocer el miedo mediante el juego. Acostumbrarse al miedo.

Fuente: Forsner M, Jansson L, Söderberg A, 2009 (13).

Como se puede observar en la *tabla 7*, se trabajó la superación de estos sentimientos desde las siguientes categorías: “esperando lo mejor”, “ser recibido”, “recepción de ayuda”, “enfrentándose a los miedos” (13).

A través de estos métodos, los niños aprendieron a tener una mente abierta respecto a las nuevas experiencias clínicas y de esta forma, “empezar a creer en la buena voluntad del personal sanitario”(13). También aprendieron a mantener contacto con el personal, de forma calmada, pudiendo conocerse entre ellos y en consecuencia, crear un vínculo de confianza que permita al niño poder expresar sus sentimientos. Aprendieron técnicas que les ayudaban a distraerse ante situaciones de miedo. También aprendieron la importancia de recibir apoyo y consuelo ante estas situaciones, de forma que en estas ocasiones son los padres normalmente los que desempeñan ese papel de “figura protectora” (13).

Finalmente, aprendieron la importancia de enfrentarse a los miedos ante el entorno clínico y de empezar a conocerlo. Para ello, se dio la oportunidad al niño de examinar los objetos que rodean el entorno clínico en el día a día, permitiéndole acercarse y tocar los objetos, hacer preguntas sobre ellos y resolver cualquier tipo de duda.

5.1.1 Miedos más comunes en el niño

Son varios los estudios consultados dirigidos al estudio del miedo infantil hacia el entorno clínico. Dichos estudios se han realizado siguiendo diferentes metodologías, pero todos ellos concluyen en la existencia de un conjunto de miedos más comunes en el entorno clínico (13-17).

Estos miedos se pueden dividir en diferentes categorías según si están relacionados con procedimientos, con el entorno y las relaciones o con vínculos afectivos en el niño.

a. Miedos relacionados con procedimientos e intervenciones

Algunos de los miedos más comunes en el niño se encuentran dentro de esta categoría. La mayoría de los miedos que expresan los niños respecto a las intervenciones y procedimientos están asociadas con el miedo al dolor (13-16). Muchos de estos miedos, surgen a raíz de experiencias previas en el entorno sanitario que han resultado ser experiencias dolorosas. Es por ello que, ante nuevas experiencias de contacto con el entorno sanitario, los niños muestran preocupación ante el poder volver a sentir dolor.

En relación con las intervenciones, las quirúrgicas también generan miedo en el niño (14-16). Muchos niños expresan miedo de poder “despertar con dolor, perder el control del cuerpo o extremidades y sufrir efectos secundarios” (16). Son varias las ocasiones en las que los niños, debido a expectativas y pensamientos previos, imaginan resultados de intervenciones con “dolor, mutilación y posible muerte” (16).

Otro de los miedos que también se repite es el miedo a sufrir daño físico y corporal (13,15,17). Por un lado, Öztürk y colaboradores refieren que muchos niños tienen miedo a que, tras enfermar, el cuerpo quede dañado. También sostienen que muchos niños temen las intervenciones por la posibilidad de recibir daño corporal (15). El miedo a la inmovilidad y a la muerte también son miedos frecuentados en los niños (13).

El miedo ante la alteración de la imagen corporal, mal funcionamiento de órganos, infecciones, problemas en la piel y aparición de cicatrices tras intervenciones son otros de los miedos mencionados. El estudio llevado a cabo por Coyne ha afirmado que algunos niños ven las cicatrices como “un castigo de por vida” (16).

Dentro de esta categoría también se encuentra uno de los miedos principales, que es el miedo a los objetos punzantes como son las agujas y todo procedimiento relacionado con estas (13-17). La preocupación acerca de la posibilidad de dolor también está asociado dentro de este miedo, sobre todo a la hora de recibir inyecciones, analíticas de sangre y administración de vacunas. De hecho, existe un estudio llevado a cabo por Fernández-Castillo y colaboradores que demostró que un 8% de los niños se perdían las vacunaciones debido al miedo (17).

Otros miedos relacionados con el entorno sanitario que no son tan frecuentes son, según los estudios consultados, los miedos relacionados con la medicación y el tratamiento a recibir (13,15).

Además del miedo, es importante tener en cuenta que dentro de esta categoría también frecuente otro sentimiento, que es la intrusión y pérdida de intimidad (*véase apartado 4.1*). La realización de intervenciones y procedimientos en el niño pueden sentirse como una violación de su intimidad y de su cuerpo. De hecho, el estudio llevado a cabo por Coyne afirma que “los sentimientos de intrusión y pérdida implica que los niños puedan ver los procedimientos invasivos como una invasión de privacidad y del espacio corporal” (16).

b. Miedos relacionados con el entorno clínico/hospitalización

Esta categoría está relacionada con el entorno, en el que uno de los principales miedos es el miedo a estar en un entorno desconocido. Este miedo está mayormente centrado en la hospitalización, aunque también es aplicable a las consultas. Tanto el hospital como los centros de salud son entornos desconocidos para los niños y esto genera sentimientos de incertidumbre en ellos.

El miedo a la hospitalización es otro de los miedos que desempeñan un papel protagonista, siendo uno de los miedos más mencionados. Es una experiencia que genera mucho estrés en el niño y es por ello que forma parte de uno de los principales

miedos (15). De hecho, Öztürk y colaboradores afirman que además del miedo, la ansiedad es otra de las emociones más representativas en relación con la hospitalización infantil (15).

Dentro del miedo a la hospitalización está el miedo a que la estancia en el hospital sea de larga duración. De hecho, el estudio ha demostrado que la duración de la hospitalización y el estrés están directamente relacionadas, de tal forma que, a mayor tiempo de hospitalización, mayor es el estrés percibido por los niños (15).

Otro de los miedos frecuente en esta categoría es el miedo hacia el personal sanitario, debido a que son personas desconocidas y el niño teme que puedan hacerle daño (13-16). En varias ocasiones, estos miedos aparecen debido a experiencias previas. En relación con ello, el estudio de Coyne afirma que “la falta de experiencia e información pueden contribuir a ideas erróneas acerca del personal y entorno sanitario, provocando un aumento en sus niveles de ansiedad” (16).

Otros miedos relacionados que también aparecen en los estudios consultados son los relacionados con las malas noticias, el riesgo de muerte, el material sanitario y los síntomas de enfermedad. (13-15, 18).

Además del miedo, en esta categoría también se incluyen otro de los sentimientos mencionados en el apartado 4.1, que corresponde a la pérdida de control o autodeterminación personal (14-16). De hecho, el estudio llevado a cabo por Coyne, menciona que los niños compadecen la pérdida de capacidad de toma de decisiones en relación con las actividades de la vida diaria como “la hora de despertar, dormir y realizar las comidas, ir al baño, levantarse y vestirse” (16) haciendo referencia a la obligación de tener que pedir permiso para realizar determinadas actividades.

c. Miedos relacionados con vínculos o relaciones sociales/familiares

Uno de los miedos que más frecuentes en esta categoría es el miedo ante la separación de la familia y los amigos, además del miedo a estar lejos de casa en caso de hospitalización, que genera sentimientos de soledad y rechazo (14-16). También se ha visto que temen la preocupación de sus padres por su estado de salud en caso de enfermar (15).

Dentro de esta categoría también se incluye la pérdida de la rutina de las actividades de la vida diaria, que es un tema que genera preocupación en el niño. Según el estudio de Coyne, son varios los niños que admitieron que echarían de menos aspectos de la vida diaria como “el entorno, los padres, las camas cómodas, habitación propia, música...” y eso es lo que los asusta, ya que sienten su forma de vida diaria se ve interrumpida (16).

El estar lejos de la familia y los amigos también supone el no asistir al colegio. Esto genera gran preocupación en muchos niños, que tienen miedo de retrasarse a nivel académico, además de perder contacto con sus amigos ya que “las relaciones con amigos son importantes en esta edad” (16). También se ha visto que la hospitalización interfiere en las actividades lúdicas de la escuela con sus amigos, y es precisamente esto lo que temen los niños (15).

5.2 Rol de la enfermera ante el miedo infantil

“La manera mediante la cual los profesionales ayudan a los niños a lidiar con sus sentimientos, influenciará la habilidad de los niños para lidiar con el miedo” (6).

Las enfermeras que trabajan en el ámbito pediátrico son profesionales que mantienen contacto cercano tanto con los niños como con la familia, ya sea en procesos de hospitalización como de consulta. Es importante proporcionar información realista por parte de las enfermeras a los niños y hacerlos pensar y debatir sobre experiencias vividas, además de involucrarlos en decisiones relacionadas con su salud, ya que esto “ayudará a los niños a lidiar con miedos relacionados con el entorno sanitario” (15).

Para ello, es importante que las enfermeras conozcan las áreas que el niño más teme dentro del ámbito sanitario y cuáles son sus mayores preocupaciones, para posteriormente, trabajar sobre ellas.

En su estudio, Lerwick muestra un protocolo llamado “CARE protocol”. Este reúne pautas para las enfermeras de cara a evitar que los niños pasen miedo (18).

El objetivo de este proyecto trata de “dar una voz a una población vulnerable, favoreciendo el desarrollo de confianza en el entorno sanitario y disminuyendo los riesgos de ansiedad y trauma” (18).

El protocolo se divide en las siguientes 4 fases.

Decisiones –Choices

Uno de los sentimientos negativos más comunes en el niño es la impotencia ante la imposibilidad de toma de decisiones (*véase 4.1*). Esto muchas veces resulta en pérdida de confianza y falta de cooperación por parte del niño hacia el entorno sanitario. “Los niños necesitan el mayor control y capacidad de elección posible, ya que, de lo contrario, los niveles de ansiedad aumentan” (18), resultando en los sentimientos negativos mencionados anteriormente. El objetivo de esta fase trata de recuperar esa confianza e invertir dichos sentimientos empoderando al niño mediante la toma de decisiones. “Unos segundos de toma de decisiones por parte del niño puede ayudar a reducir no sólo la percepción de trauma sino también mejorar la cooperación del paciente a largo plazo” (18).

Para ello, ante la realización de un procedimiento se plantea ofrecer posibilidades de elección al niño. Unos ejemplos mencionados en este protocolo son los siguientes:

- “¿En qué brazo prefieres que te tome la tensión?” (18)
- “¿Qué prefieres, que te mire primero los oídos que te pese?” (18)

Ofrecer decisiones al niño no solamente lo empoderará, sino que generará seguridad en él. Además, de esta forma, se facilita la creación de un vínculo de confianza entre la enfermera y el niño que, de otra forma, no sería posible ya que cuando los niños viven estas experiencias de forma traumática, la confianza en el personal es uno de los primeros valores que pierden (18).

Orden del día –Agenda

Cuando el niño está en un entorno que es desconocido para él, esto resulta en la aparición del miedo. Esta fase trata de proporcionar explicaciones adaptadas a la comprensión del niño acerca de los procedimientos de enfermería que se vayan a realizar.

Se trata de que el niño conozca el procedimiento a realizar, que conozca para qué sirve, qué es, cómo se realiza y qué es lo que puede sentir en el momento de la realización. Es una forma de que el niño interiorice la información y esté prevenido acerca de qué esperar del procedimiento. Se ha observado que “cuando los pacientes saben qué esperar y qué es lo que se espera de ellos, se sienten más en control de la situación y, por tanto, sienten menos miedo” (18).

Un ejemplo adecuado a esta fase del protocolo sería el siguiente: un niño acude a la consulta de atención primaria a realizar una revisión. A partir del momento en el que el niño entra a la consulta, se le explica de qué trata la revisión, qué es lo que se va a realizar y cómo se realiza cada procedimiento. Además, se puede aprovechar y utilizar la técnica de la toma de decisiones y darle opción al niño a tomar decisiones acerca del orden de realizar la revisión, de forma que la atención recibida al niño sea más completa y se fomente el empoderamiento y disminución del miedo.

Este protocolo determina que “añadiendo unos momentos de explicación a los procedimientos habituales, los sanitarios pueden ayudar al niño no sólo a adquirir confianza sino también comprensión” (18) de forma que el niño adquiera conocimientos y, por tanto, se sienta más preparado.

Resiliencia –Resilience

Además de proporcionar información nueva y empoderar al niño, también es muy importante tener en cuenta que, en muchas ocasiones, las visitas al centro de salud, los ingresos hospitalarios, son experiencias traumáticas para el niño. Es por eso que esta fase trata de identificar las fortalezas del niño y felicitar la superación de los miedos relacionados con el entorno sanitario. “Identificar la resiliencia y fortalezas de una persona es una forma poderosa de establecer un vínculo de confianza” (18). Para ello, es interesante identificar cómo el niño gestiona los problemas, no sólo relacionados con la salud, sino de la vida diaria.

A la hora de tener conversaciones acerca de los miedos una técnica importante en esta fase es la reformulación de las preguntas de forma que el niño no se sienta atacado u ofendido. Un ejemplo sería el siguiente:

- En vez de preguntar: ¿cuál es el problema que te tiene preocupado?
Preguntar lo siguiente: ¿hay algo que te gustaría que fuese diferente? (18).

Esta técnica es muy útil ante preguntas importantes y a nivel sanitario. De esta forma se logra “disminuir la ansiedad y las posibles respuestas traumáticas por parte del niño hacia el entorno sanitario” (18).

Esta etapa va dirigida a la comunicación de la enfermera con el niño. Trata de no centrarse en los aspectos negativos y comunicar los positivos, las fortalezas y superaciones.

Apoyo emocional –Emotional support

A lo largo del trabajo se ha expuesto que los niños sienten diferentes emociones negativas además del miedo. Por ello, es muy importante que se les dé la oportunidad de expresarse y comunicarse con los profesionales acerca de sus sentimientos. Se trata de normalizar las emociones y de proporcionar un espacio al niño para la expresión de estas.

Es por ello que esta fase del protocolo trata de que los profesionales normalicen las emociones comunes ante el entorno sanitario, incluyendo el miedo. Otorga importancia al hecho de que los niños también vean reflejados que las personas adultas también sienten miedo ante determinadas situaciones. “Otorgando libertad a los pacientes para vivir dichas emociones, los profesionales comunican al paciente que sus emociones son válidas y dignas de ser escuchadas, creando la oportunidad para generar un vínculo más estrecho en la relación profesional-paciente” (18).

Un ejemplo adecuado en esta fase sería el siguiente:

- “A veces también siento miedo cuando conozco a gente nueva” (18).
- “Hay muchos ruidos aquí, pueden resultar abrumadores, es normal, a mí también me abruma a veces”.

A la hora de comunicarse con los niños también se hace relevancia al uso de la voz, refiriendo que “un tono suave y calmado ayuda a normalizar las emociones” (18).

Esta técnica no solo ayuda a normalizar las emociones y a sentirse comprendido y valorado, sino que también ayuda a que el niño se sienta más seguro y ayuda a fomentar el vínculo de confianza entre profesional-paciente. “El esfuerzo por conectar con el paciente aumenta la confianza en el profesional y genera cierta seguridad ante lo desconocido, disminuyendo la ansiedad y el posible trauma generado ante la presencia de un entorno desconocido” (18).

Como se puede observar, este protocolo está destinado a mejorar la experiencia del paciente pediátrico en el entorno sanitario, empoderando y ofreciendo seguridad. Este protocolo reúne 4 elementos clave: la capacidad de toma de decisiones, que capacita al niño, el orden del día, que aporta información acerca de qué es lo que el paciente puede esperar ante la realización de un procedimiento, la resiliencia, que retracts las fortalezas y la superación de miedos en el niño relacionados con el entorno sanitario, y el apoyo emocional, que normaliza las emociones relacionadas como el miedo. Con este método, “los niños pueden sentirse seguros y protegidos emocionalmente” (18).

Otra de las intervenciones que se ha encontrado en la búsqueda bibliográfica es la titulada “Preventive model”, que trata de ayudar a las enfermeras proporcionando los conocimientos, actitudes y valores necesarios para lidiar con los miedos infantiles. Este modelo tiene como objetivo “crear un marco de referencia a partir del cual las enfermeras sean capaces de ayudar a los niños a lidiar con sus miedos hacia el entorno sanitario” (7). Para poder ponerlo en práctica, es importante que la enfermera conozca los miedos del niño para poder trabajar sobre ellos. Para ello, incluye técnicas para que capacitan a las enfermeras para ayudar a los niños cuando sienten miedo.

Se ha visto que los miedos infantiles pueden causar “ansiedad y estrés en la vida diaria” (7), de forma que los miedos de los niños pueden interferir con las actividades de la vida diaria. Por ello, el modelo preventivo que presentan Nicastro y Whetsell destaca la importancia de la detección precoz de ansiedad y miedo. Cuando las enfermeras son conscientes de los miedos que sufren los niños, son capaces de dar explicaciones hacia los prejuicios que pueden tener y corregirlos proporcionando la información adecuada y enseñándoles técnicas y trucos para combatirlos (7).

Las actitudes que se pretenden adquirir con este modelo por parte del personal sanitario son actitudes de paciencia, comunicación, escucha activa y comprensión. Es importante aprender a dejar al niño que hable y exprese sus miedos. Esto va a ayudar a comprender qué es lo que teme. De esta forma se puede crear un vínculo a partir del cual el niño confía en el profesional y muestre sus sentimientos.

Por parte de enfermería, se pueden enseñar técnicas para lidiar con los miedos, además de dar explicaciones acerca de ellos ya que muchos miedos vienen debido a la falta de información. Las técnicas más frecuentes son las siguientes: técnicas de relajación y respiraciones (7).

Es importante que, a la hora de realizar cualquier intervención, se debe felicitar al niño ante los comportamientos y actitudes positivas que realice para superarlos con pequeñas recompensas.

Otra de las técnicas que se valora es la técnica de imitación. El objetivo es que el niño “imite comportamientos hacia sus miedos después de ver a alguien conocido enfrentarse a esos mismos” (7). Por ejemplo, si un niño tiene miedo a tomarse la tensión, esta técnica podría emplearse de forma que el niño viera a un amigo o familiar cercano tomarse la tensión, de forma que el niño vea el procedimiento. Se trata de disminuir el miedo y enfrentarse a él al ver la ausencia de miedo en alguien de confianza.

La técnica más importante para que los niños aprendan a lidiar con el miedo y aplicar estrategias para superarlo, es la educación sanitaria. “La educación, el apoyo y la orientación pueden ayudar al niño a desarrollar estrategias para lidiar con el miedo y aumentar el control ante ellos” (7). El tener a una enfermera que introduzca, exponga y explique los procedimientos que dan miedo antes de realizarlos, permite ayudar al niño a reducir el miedo. El modelo preventivo presentado por Nicastro y Whetsell afirma que llevar a cabo estos métodos “disminuirá el miedo y la ansiedad del niño y aumentará su cooperación y participación” (7).

Dentro del proceso de educación sanitaria, este estudio contempla el papel de los padres. Permitiendo que estén presentes durante el contacto del niño con el entorno sanitario, desarrollan un papel fundamental a la hora de reducir los niveles de estrés y miedo. Los padres son una gran figura de apoyo que pueden incentivar a los niños a exponerse a los miedos para aprender y superarlos (7).

Este estudio propone un modelo de consejos para utilizar con el niño asustado (*tabla 8*).

Tabla 8. Modelo para aconsejar al niño que tiene miedo

MODELO DE CONSEJOS PARA EL NIÑO ASUSTADO		
ESTADÍOS	OBJETIVOS DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN
Estadio 1- exploración Exploración de los sentimientos en relación con miedos relacionados con el entorno sanitario.	-Establecer una atmósfera de comunicación y confianza. -Validar las percepciones del niño. -Exploración por parte del niño.	-Escucha activa y empatía. -Juegos, compartir experiencias de miedo.

Estadio 2- asesoramiento Definición del miedo en relación con la sensación de seguridad y control sobre ellos.	-Reconocimiento de reacciones de miedo/trauma. -Reconocer la sensación de seguridad y control. -Orientar hacia el reconocimiento de sus miedos. -Comprensión de sí mismo.	-Respuestas empáticas. -Role-play. -Cambio de roles.
Estadio 3- intervención Actuación del niño para para enfrentarse a sus miedos.	-Ayudar a encontrar estrategias específicas para lidiar con los miedos. -Ayudar a aumentar la sensación de seguridad y control. -Lograr una acción directa a la hora de lidiar con los miedos.	-Relajación. -Técnicas de comunicación. -Toma de decisiones. -Estimular/animar. -Experimentar experiencias exitosas.
Estadio 4- evaluación Evaluación de los miedos del niño en relación con los que mostraba en el estadio 1.	-Validar la habilidad del niño para lidiar con sus miedos. -Validar la sensación de seguridad y control en el niño. -Evaluación del modelo.	-Role-play. -Cambio de roles. -Observación directa e indirecta.

Fuente: elaboración a partir de Nicastro y Whetsell (7)

5.3 Disminución del miedo a través de intervenciones

Una parte fundamental de la disminución del miedo infantil es la realización de intervenciones. También se considera importante comprobar los distintos métodos que se aplican en ellas y su efectividad. Tras realizar la lectura de algunas intervenciones, se observan similitudes en la metodología llevada a cabo. Es por ello que se ha decidido seleccionar las intervenciones más variadas para analizar los distintos métodos utilizados.

5.3.1 Teddy Bear Hospital

Esta intervención forma parte de una iniciativa que parte del consenso de que “los niños aprenden mejor cuando se les explica y demuestran las cosas” (19). Los objetivos de esta intervención están dirigidos a la disminución de los miedos hacia el entorno sanitario. También tiene como objetivo disminuir la percepción del dolor ante procedimientos sanitarios que asustan a los niños.

El grupo de niños seleccionado para dicha intervención tenía que elegir una mascota de peluche y una enfermedad para ella. Tras hacerlo, mediante un guion adaptado a su comprensión, realizan un tour por el veterinario. En él se van dando explicaciones acerca de diferentes procedimientos y la sensación que pueden sentir a la hora de recibirlos. Para ello utilizan ejemplos fáciles de comprender:

- “Usar un estetoscopio hace que podamos escuchar la respiración de una persona más fácil porque se oye más alto, es como subir el volumen de la televisión” (19).

Además, conforme van explicando los distintos procedimientos, también se van proporcionando estrategias para lidiar con el miedo, de forma que los niños pueden ponerlos en práctica. Tras el aprendizaje de dichas estrategias, los niños tienen que enseñárselas a sus respectivos peluches, que cumplen la función de pacientes. Algunas de las estrategias utilizadas son la distracción, los recuerdos positivos y humor, la realización de respiraciones a modo de relajación.

A lo largo de la intervención se miden los siguientes 3 elementos:

- Miedo. Para ello utilizan la escala “Children’s fear scale” (19).
- Dolor percibido/esperado. Para ello, utilizan la escala “Faces pain scale” (19).
- Estrategias para lidiar con el miedo. Para ello, se realizaron preguntas a los niños a través de un sistema de 14 estrategias recabado en su estudio.

Tabla 9. Calificaciones del miedo PRE y POST.

CALIFICACIONES DEL MIEDO Y DOLOR (“Children Medical Fear Scale” y “Fear Pain Scale”)					
Imagen		Media	Desviación típica	Intervalo de confianza 95%	
				Intervalo inferior	Intervalo superior
Aguja	Miedo				
	<u>Antes</u>	2.24	1.63	1.86	2.62
	<u>Después</u>	2.11	1.64	1.72	2.50
	Dolor				
Estetoscopio	<u>Antes</u>	5.82	3.72	4.94	6.70
	<u>Después</u>	4.47	3.82	3.56	5.37
	Miedo				
	<u>Antes</u>	0.13	0.38	0.04	0.22
Peluche	<u>Después</u>	0.09	0.41	-0.01	0.18
	Dolor				
	<u>Antes</u>	0.00	0.00	0.00	0.00
	<u>Después</u>	0.11	0.57	-0.02	0.25
	Miedo				
	<u>Antes</u>	0.21	0.51	0.09	0.33
	<u>Después</u>	0.11	0.36	0.03	0.20
	Dolor				
	<u>Antes</u>	0.18	0.57	0.05	0.32
	<u>Después</u>	0.34	1.55	-0.03	0.71

Fuente: Dalley JS, McMurtry CM, 2016 (19).

Los niños fueron expuestos a 3 objetos, uno de ellos denominado como “objeto no médico” (aguja, estetoscopio, peluche).

Como se puede observar en la tabla 9, tras la realización de la intervención se observa una ligera disminución del miedo, demostrando así la efectividad de la intervención en relación con las agujas, en el resto de categorías no se objetivan grandes resultados.

5.3.2 Let's Be Doctors

Esta intervención parte de la afirmación de que el miedo a las agujas es uno de los miedos más comunes y generadores de ansiedad en los niños (20). Dentro de los procedimientos que implican el uso de agujas, Kajikaway y colaboradores reflejan que “la vacunación genera ansiedad en muchos niños”, y existe evidencia de que un 8% de los niños ha dejado de vacunarse por ello (20).

Esta intervención está orientada a evaluar el miedo a las agujas y su relación con la falta de motivación para vacunarse. Además, también tiene como propósito valorar si, tras el aprendizaje, el miedo de los niños hacia las agujas disminuye.

Esta intervención se basa en el aprendizaje acerca del funcionamiento de las agujas y de los procedimientos más frecuentes en los que se utilizan. Se divide en las siguientes tres fases:

- “Let's inject the vaccine”: en esta fase aprenden a administrar una vacuna en un maniquí tras recibir una explicación acerca de cómo se realiza. De esta forma visualizan qué es lo que se hace de cara al futuro.
- “Let's know all about needles”: en esta fase también aprenden acerca de “los procedimientos que requieren el uso de agujas tal y como las analíticas de sangre, la administración de anestesia y procedimientos intravenosos” (20). Les enseñan agujas de distintos tamaños y grosores y aprenden acerca del corazón y los vasos sanguíneos. Se les explica por qué sale sangre cuando se utiliza una aguja.
- “Let's learn how vaccine Works in your body”: en esta fase aprenden el funcionamiento de una vacuna dentro del cuerpo, se les explica que son importantes para prevenir enfermedades. También se les enseña cómo funciona una vacuna en el cuerpo humano, qué es lo que pasa cuando se inyecta una vacuna.

Tras realizar la intervención se comparan los resultados de la intervención para valorar su efectividad. Como se puede observar en la figura 7, se produce una disminución significativa del miedo en los niños. Por un lado, disminuye el miedo y, por otro, se ve que, tras adquirir más conocimiento, los niños están más dispuestos a ponerse vacunas.

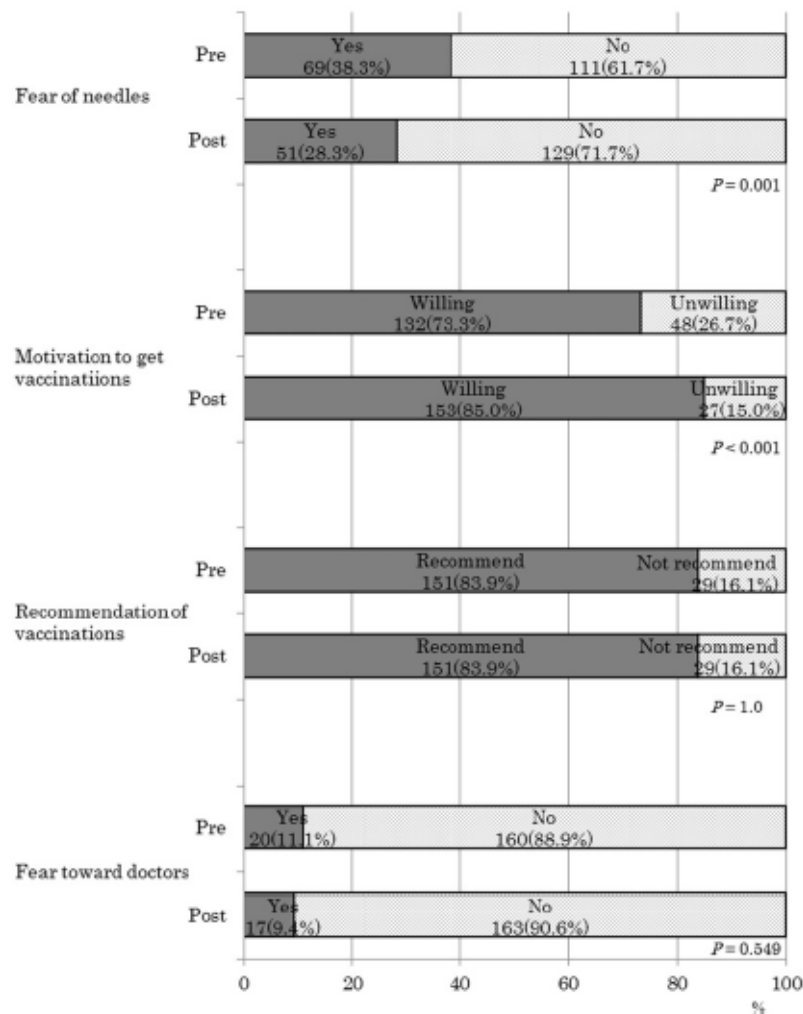


Figura 7. Comparación cuestionario PRE y POST intervención.

Fuente: Kajikawa N, Maeno T, Maeno T, 2014 (20).

Esta intervención dirigida a reducir el miedo mediante el aprendizaje ha demostrado ser eficaz. Se produce una reducción del miedo a las agujas en un 11.7% de la muestra. El 50% de la muestra que no estaba dispuesto a vacunarse ha mostrado disposición a vacunarse tras la intervención.

5.3.3 Otras intervenciones revisadas

Se han consultado más intervenciones dirigidas a reducir el miedo en los niños, cuyo objetivo también contiene la enseñanza de estrategias para lidiar con el miedo. La diferencia reside en que en estas intervenciones predomina el juego y distractores, tales como la música y la interacción con mascotas (21-24). Estas intervenciones revisadas se centran principalmente en el miedo al entorno hospitalario.

Los objetivos de estas intervenciones comparten el uso de estrategias lúdicas para reducir el miedo y mejorar la estancia del niño hospitalizado (21-24). Además, una de las intervenciones está dirigida al uso de dichas estrategias por parte de las enfermeras y la mejora del vínculo profesional-paciente pediátrico (21).

De Paula y colaboradores no sólo contemplan el juego a modo de distracción, sino también como una herramienta para crear una relación de confianza con el paciente, favoreciendo así la aproximación del personal sanitario al entorno pediátrico. “Las estrategias del juego son mecanismos para humanizar la hospitalización del niño, haciendo que se le facilite la acomodación al nuevo entorno además de intentar realizar un acercamiento a la realidad de su casa” (21).

La intervención resultó ser eficaz. Hay enfermeras que afirman haber usado estas estrategias a la hora de realizar procedimientos invasivos, como es la inserción de un catéter intravenoso afirmando que, esta intervención se contempla como “una forma de disminuir el sufrimiento y estrés del niño a causa de la hospitalización” (21).

Con relación al objetivo del uso de la estrategia lúdica como componente reductor del miedo, otras 2 intervenciones también demostraron ser eficaces (*véanse tablas 10 y 11*) (22,23). La intervención llevada a cabo por Ebnezar se centra en el juego como método explicativo de la realización de procedimientos y componente relajante a la hora de realizarlos (22), a diferencia de la intervención llevada a cabo por Topan y colaboradores, que se centra en el uso de títeres para contar historias relacionadas con los miedos sanitarios y cómo los superan (23).

Tabla 10. Comparación grupo experimental y grupo de control tras intervención lúdica.

DISTRIBUCIÓN DE LOS SUJETOS DE ACUERDO A LOS RESULTADOS EN LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL					
Rango de la puntuación del miedo	Nivel de miedo	Grupo experimental		Grupo de control	
		F	%	F	%
0-10	Poco miedo	16	80	2	10
11-21	Miedo moderado	4	20	12	60
22-32	Mucho miedo	0	0	6	30
Puntuación máxima = 32					

Fuente: Ebnezar JNP, 2014 (22).

Como se puede observar, en el grupo experimental se produce una mayor reducción del miedo, en comparación con el grupo de control.

Tabla 11. Comparación del miedo PRE y POST intervención.

COMPARACIÓN DE LAS PRINCIPALES PUNTUACIONES EN EL GRUPO EXPERIMENTAL DE LA ESCALA "Child Medical Fear Scale"					
Rango de la puntuación del miedo	Child Medical Fear Scale	Primera medición (Pre) y desviación típica (Min-Max)	Segunda medición (Post) y desviación típica (Min-Max)	t	p
Subescalas	Procedimental	17.36±3.56 (12-27)	14.38±2.87 (9-20)	4.439	0.0001
	Medioambiental	16.86±2.39 (13-21)	14.31±3.10 (7-20)	4.658	0.0001
	Personal	9.81±1.80 (6-12)	7.54±2.33 (4-12)	6.452	0.0001

	Interpersonal	21.44±3.41 (12-27)	16.79±4.67 (9-25)	5.885	0.0001
Total	Child Medical Fear Scale	65.52±6.70 (59-87)	53.04±10.95 (29-70)	6.584	0.0001

Fuente: Topan A, Sahin OO, 2019 (23).

Topan y colaboradores encuentran diferencias significativas en la reducción del miedo tras la realización de la intervención, disminuyendo la puntuación total en 12.48 puntos.

Finalmente, en el estudio de García Perez y colaboradores se revisan diferentes intervenciones que incluyen elementos tales como la música, las mascotas y los payasos (24). En dichas intervenciones se utilizaron trucos de magia, música, títeres, cuentos y perros entre otros. Estas intervenciones resultaron efectivas en la reducción del miedo, ansiedad y en la mejora del buen humor y cooperación en los niños hospitalizados (24).

6. DISCUSIÓN

Como resultado de la revisión realizada de la bibliografía, se ha evidenciado que el miedo al entorno sanitario es uno de los miedos que siguen surgiendo en la infancia. A lo largo de la realización del trabajo se han consultado distintas intervenciones dirigidas a reducir el miedo de los niños hacia el entorno sanitario, algunas más exitosas que otras, pero todas con resultados favorables.

Tras finalizar la lectura de contenido de las diferentes intervenciones, es evidente que la educación juega un papel muy importante en la disminución del miedo. Proporcionar información y educar a los niños en procedimientos sanitarios y estrategias para combatir los periodos de miedo es efectivo, si no en la reducción del miedo, en la adquisición de estrategias de afrontamiento. Se ha visto que sensaciones como el miedo y el estrés disminuyen, a la vez que aumenta la satisfacción y cooperación en el niño. Por ello, se ha contemplado la educación como un método efectivo (19,20). Enseñar a los niños lidiar con los miedos proporciona una amplia variedad de estrategias para hacerlos frente (18).

Por un lado, es importante hacer referencia a la variedad de técnicas empleadas en las intervenciones consultadas. Además de la educación, otras técnicas utilizadas en este ámbito también han resultado ser efectivas, a pesar de ser intervenciones llevadas a cabo con una metodología diferente a la educación. Es en este caso el juego, la interacción con el personal sanitario, el uso de distractores como la música, las mascotas y el role-play entre otros. Esto ha supuesto no sólo una disminución del miedo sino también un aumento en la satisfacción infantil, a pesar de que algunas de estas intervenciones están principalmente centradas en miedos hacia el entorno hospitalario (21-24).

Por otro lado, es fundamental no olvidar la importancia de protocolos y modelos de actuación para las enfermeras, puesto que la enfermera de pediatría tiene un rol determinante como profesional, ya que mantiene contacto cercano con el niño. Es conveniente que los centros sanitarios contemplen el miedo del niño como un factor importante a reducir de cara a proporcionar una mejor experiencia en el paciente pediátrico, pues se ha visto que tanto el entorno como el profesional per se (13-16)

influyen no solo en el miedo, sino también en otros componentes como la “ansiedad” y el “estrés”, (6,18,20). Por ello, la introducción de protocolos y modelos como los mencionados en el apartado 5.2 cumplen un papel muy importante y se contemplan necesarios de cara a la humanización de la atención sanitaria en el entorno pediátrico, aportando valores como la escucha activa, la empatía y el vínculo profesional-paciente (6,18).

6.1. Limitaciones del estudio

Una de las principales limitaciones encontradas se centra en la búsqueda bibliográfica realizada. Es importante destacar la problemática encontrada a la hora de realizar la búsqueda per se. Una parte de dichos artículos ha resultado ser poco actualizada, es decir, no son artículos recientes en fecha. Por tanto, se plantea la duda de que en caso de que realizaran en la actualidad esas intervenciones, los resultados serían diferentes, o de si se han realizado modificaciones posteriores en las intervenciones no publicadas.

Otro de los puntos a comentar está relacionado con el contenido de los documentos. La información encontrada ha resultado ser relativamente escasa respecto a lo que se esperaba. Además, se considera importante destacar que muchos de los estudios consultados están mayormente centrados en el entorno hospitalario, y no contemplan otros entornos sanitarios como, por ejemplo, la consulta de atención primaria, donde el miedo también está presente. Esto plantea la reflexión de que sería conveniente, en un futuro, la realización de más estudios centrados en otros entornos sanitarios que también generan estrés, ansiedad y miedo. Si bien es verdad que el miedo a la hospitalización es evidente, también es importante tener en cuenta otros miedos que se generan en otros entornos como las consultas de atención primaria o las visitas a los colegios. Se ha visto que todos ellos también generan sentimientos negativos en el niño. Estos deberían ser tratados como parte de la humanización del cuidado que proporciona la enfermera en el entorno pediátrico.

Finalmente, un último punto a destacar estaría relacionado con las muestras de los estudios realizados. A pesar de haber consultado diferentes estudios, es cierto que algunos se han realizado con una muestra pequeña, por lo que, aunque el resultado

es positivo y favorable hacia el tema objeto de estudio, su generalización es limitada. Por ello, quizás la realización de estudios con muestras más amplias podría aumentar el porcentaje de efectividad.

6.2. Análisis del proyecto (matriz DAFO)

En este apartado se plantea la realización de un análisis acerca del trabajo y la necesidad de la propuesta de intervención realizada en el apartado 8. Realizar una propuesta requiere analizar las diferentes circunstancias que puedan influir en ella. Por ello, en la siguiente tabla se presentan las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades del trabajo.

Tabla 12. Matriz DAFO

MATRIZ DAFO			
ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
Debilidades	Fortalezas	Amenazas	Oportunidades
Limitaciones de estudios para validar la propuesta.	Lugar adaptado para la puesta en marcha de la propuesta.	Baja adhesión al plan de educación/no efectividad.	Adquisición de conocimientos acerca de procedimientos realizados en el niño.
Asistencia insuficiente de los niños.	Actividades adaptadas a los niños.	Recursos requeridos para la realización del proyecto	Proporción de estrategias para lidiar con el miedo.
Poca experiencia en la puesta en marcha de programas de educación sanitaria.	Contacto directo y supervisión del programa mediante profesionales del ámbito sanitario.	(humanos, materiales, económicos). Distracciones y reacciones negativas por parte de los niños.	Capacitación de los niños.

Fuente: elaboración propia.

A nivel interno, como debilidad se destacan las limitaciones del estudio comentadas en el apartado 6.1. Además de dichas limitaciones, se encuentra el problema de la asistencia. En caso de que el proyecto fuera aprobado, se contempla la administración de consentimiento informado tanto a los niños como a los padres. En caso de que no se firmen los 2 consentimientos, el niño no participaría en el estudio y la muestra sería más pequeña. También se contempla como debilidad la poca experiencia en la creación de planes de educación sanitaria fuera de la carrera universitaria.

Como fortalezas del proyecto se contempla el hecho de que las actividades vayan a realizarse en escenarios acomodados que simulan el entorno sanitario, de forma que los niños puedan tener contacto con materiales en un entorno similar al que se encontrarían en una consulta real. Las actividades están adaptadas de forma que sean lúdicas e interactivas, con la intención de que los niños aprendan y se diviertan. Además, dichas actividades estarían supervisadas por profesionales sanitarios, lo que ayudaría a favorecer la creación de un vínculo de confianza del público infantil con los profesionales sanitarios.

A nivel externo se contempla como posible amenaza la adhesión al plan de educación, es decir, que los niños no pongan en práctica las estrategias propuestas para lidiar con el miedo y que la intervención, por tanto, no sea efectiva. Otro aspecto que también se contempla es el relacionado con los recursos requeridos para el desarrollo de la intervención, ya que puede resultar dificultoso obtener los recursos materiales, humanos y económicos necesarios. Finalmente, el comportamiento o reacción de los niños es otra de las amenazas que se contemplan, ya que, hasta no estar en contacto con los niños, es complicado imaginar su reacción.

Finalmente, como aspectos positivos a nivel externo, se contempla la oportunidad no sólo de la adquisición de conocimientos para disminuir el miedo sino también el aprendizaje de estrategias para lidiar con el miedo, de forma que los niños, tras la intervención, sepan cómo reaccionar ante él. Además, se contempla la posibilidad de capacitación del paciente pediátrico de manera que se trata de tener más en cuenta a los niños, valorando su opinión de cara a diferentes áreas de mejora, no sólo del plan sino también de los profesionales.

7. CONCLUSIONES

1. Los mayores miedos en el niño están relacionados con las intervenciones sanitarias, el entorno desconocido y la separación de vínculos afectivos como familia y amigos.
2. Las intervenciones dirigidas a disminuir el miedo han resultado ser efectivas, siendo la educación un precursor importante.
3. Se necesitan estudios más recientes acerca del miedo de los niños al entorno clínico.
4. Se valora la necesidad de realizar estudios del miedo de los niños hacia el entorno sanitario cuyo principal servicio no sea el hospitalario.

8. PROPUESTA TEÓRICA DEL TRABAJO

A lo largo de este apartado se realiza una descripción de la propuesta de intervención. A continuación, se presentan los distintos apartados de la propuesta, que incluyen la descripción, especificación y breve demostración de la intención de la misma.

8.1. Introducción de la propuesta “¿Te cuento un secreto? El secreto es no tener miedo”

La propuesta que se realiza se dirige al establecimiento de un plan de educación para la salud dirigido al grupo diana descrito en el apartado 8.2. Se contempla el plan de educación como un método de alfabetización en el que se plantea usar el juego como método de aprendizaje. Se plantea utilizar actividades interactivas, de forma que los profesionales de la salud estén en contacto con los niños y se favorezca el desarrollo de confianza por parte de los niños hacia los profesionales.

Un plan de educación para la salud implica el aporte de conocimientos y estrategias por parte de profesionales hacia los participantes. Además, el plan propuesto es de realización grupal, permitiendo así la interacción entre el grupo diana y los profesionales sanitarios que lo imparten. Los participantes son un grupo de iguales que comparten un mismo sentimiento, que es el miedo. Esto puede favorecer la mejora de la atmósfera de grupo. Tener un mismo sentimiento en común puede ayudar a que, aquellos niños que no se hayan atrevido a expresar sus miedos con relación al entorno sanitario, puedan identificarlos y expresarlos, de forma que posteriormente puedan actuar y trabajar en ellos con las ayudas que comprenden el plan de educación.

Las sesiones a impartir son de carácter teórico-prácticas. De esta forma, los niños pueden poner en práctica lo aprendido en escenarios que simulan el entorno sanitario. Este programa está orientado a trabajar en la consulta de atención primaria, puesto que es un escenario frecuente en los niños y a lo largo de la revisión bibliográfica no se han objetivado intervenciones centradas en este entorno.

Otro aspecto que se contempla dentro del plan de educación es que los participantes sean conscientes de que el sentimiento que comprende el miedo puede aliviarse utilizando distintas estrategias que se proponen en las sesiones.

Además, es importante destacar que el plan propuesto está basado en el respeto. Ello se relaciona con la intención de que todos los niños que participarían en caso de que la propuesta saliera adelante, fueran respetados y al mismo tiempo respetaran los miedos de sus compañeros, de forma que se puedan trabajar de forma conjunta.

Finalmente, es necesario destacar que esta propuesta también pretende integrar valores como la “humanización” en el entorno pediátrico. La imagen del niño aparece como un todo, y es competencia de enfermería no cosificarlo ni interactuar con él contemplándolo como un “problema de salud” o “una función más del trabajo”. Por ello, este plan también contempla estos valores en el cuidado de enfermería, en este caso desde el aporte de conocimientos, actitudes y habilidades.

“Una atención humanizada se caracteriza por el interés del personal de salud por identificar las necesidades particulares de las personas y su familia; por comprender el significado que tiene para ellas la situación que están viviendo, conocer sus experiencias anteriores, su cultura, sus creencias y valores. Por esta razón es fundamental la comunicación permanente con el paciente” (25).

8.2. Grupo diana

Este programa de educación para la salud va dirigido a niños de 4 a 8 años, procedentes de distintos colegios de Pamplona.

Se contempla la realización del programa en grupos de 10 a 15 niños. La intención es que no haya muchos niños por grupo para facilitar la realización del programa y que, a su vez, permita la división del grupo en parejas o tríos para la realización de diferentes actividades.

Se considera acotar la edad a 4-8 años debido a que en los estudios consultados se observa que es la edad en la que más abundan los miedos en este ámbito. No se descartaría adaptar el programa para diferentes rangos de edad en caso de ser efectivo.

8.3. Objetivos

Los objetivos principales y secundarios de este proyecto son:

8.3.1. Objetivos principales

1. Desarrollar estrategias dirigidas a lidiar con los miedos sanitarios y la disminución del miedo en los niños hacia el entorno sanitario.

8.3.2. Objetivos secundarios

1. Humanizar el cuidado pediátrico, incluyendo la alfabetización sanitaria como parte del cuidado.
2. Favorecer la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades y, en consecuencia, empoderar y capacitar a los niños en materia sanitaria.

8.4. Contenido

Se plantean diferentes actividades mediante el juego dirigidas a poner en práctica y reforzar los conocimientos y estrategias a proporcionar a lo largo del plan de educación.

Tabla 13. Contenido a proporcionar en la intervención

CONTENIDO DE LA INTERVENCIÓN	
TEMA	MIEDO AL QUE CORRESPONDE
Vacunas y revisiones de salud.	Miedos relacionados con procedimientos e intervenciones.
Conocimiento del entorno y los materiales sanitarios.	Miedos relacionados con el entorno clínico/hospitalización.
Estrategias para lidiar con el miedo	¿Cómo lidiar con el miedo?
Juego de simulación “cambio de roles” entre los participantes y los profesionales que imparten el programa.	Evaluación de conocimientos y estrategias adquiridas a lo largo del programa.

Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla 13, se decide dividir el contenido del programa en relación con los miedos descritos en los apartados 5.1 y 5.1.1. Se propone la realización de distintas actividades por cada miedo a trabajar.

El contenido educativo irá dirigido a adquirir conocimiento, actitudes y habilidades. Se pretende que al final del programa los participantes:

- Incorporen conocimientos acerca de la importancia de determinados procedimientos denominados como productores de miedo como la administración de vacunas y las revisiones de la salud.
- Identifiquen los distintos escenarios que les producen miedo y sean capaces de actuar.
- Adquieran habilidades para combatir aquellos escenarios identificados como productores de miedo.

8.5. Metodología

Las actividades que se realizarán en el plan irán dirigidas a la consecución de los objetivos planteados en el apartado 8.3. Las técnicas que se van a emplear a lo largo del plan de educación comprenden técnicas unidireccionales y bidireccionales.

En cuanto a las técnicas unidireccionales, se empleará un tríptico informativo descrito en el apartado 8.5.1. Como técnicas bidireccionales a emplear, destaca la educación sanitaria, que permitirá actuar de una forma más directa en las sesiones ya que se estará en contacto continuo con los participantes.

El programa consta de 4 fases. La intervención con los niños se implementa a través de 2 sesiones de 2 horas de duración cada una.

8.5.1. Primera parte del programa

FASE 1

INFORMACIÓN Y ENTREGA DE CONSENTIMIENTOS

Esta primera fase se realiza de forma previa a las dos sesiones planteadas. Es aquí donde dos profesionales acudirán a los colegios (como se observará en el apartado 8.6, son más los profesionales que se van a requerir, pero, dividiendo el número de profesionales en grupos de dos permite repartir el trabajo y acudir a diferentes colegios). Allí, se repartirán dos documentos a rellenar de forma previa a la recogida de datos.

Estos dos documentos comprenden el consentimiento informado, uno dirigido a los padres o tutores legales y otro para que lo rellenen los propios niños que deseen participar en el programa, capacitando así a los más pequeños a elegir si desean participar en el programa. Se requerirán la firma de ambos consentimientos. Para obtener información más específica, se anexa un ejemplo de cada consentimiento informado a repartir, tanto para los padres o tutores legales como para los niños. El consentimiento dirigido a los niños se adapta con el fin de facilitar su comprensión (*véase anexo 1*).

Junto al consentimiento, se entregará un tríptico informativo que se utilizará para realizar una breve explicación del programa. Tendrá descrito tanto los objetivos como el cronograma que se va a seguir, de forma que tanto los padres como los niños tengan información acerca de las actividades que se van a realizar (*véase anexo 2*).

Para llevar a cabo esta actividad se contactará con diferentes colegios y, según disponibilidad de éstos, se acordará una fecha para acudir y llevar a cabo la fase 1 del programa.

8.5.2. Segunda parte del programa

FASE 2

RECOGIDA DE DATOS

Esta fase del programa comprende desde la recogida de los 2 consentimientos informados firmados, hasta la realización de un cuestionario previo a la intervención. La escala utilizada para la obtención de datos es la denominada “Child Medical Fear Scale” (26). Para lograr una total comprensión de los ítems, se anexa una copia de la escala traducida al español. Además, se modifica añadiendo 3 imágenes de caritas de forma que los niños asocien los sentimientos con los ítems a rellenar (*véase anexo 3*). Esta escala será leída por los profesionales a cada uno de los niños para facilitar la comprensión y resolución de dudas en caso de que haya problemas de comprensión con alguno de los apartados. Se trata de una escala que servirá no sólo para ver desde qué punto se parte en relación con los miedos infantiles, sino también para la posterior evaluación de la efectividad del programa (*véase apartado 8.7*), ya que se volverá a repetir el cuestionario al finalizar el plan de educación.

8.5.3. Tercera parte del programa

FASE 3

1º SESIÓN

Esta fase comprende la primera sesión del programa, en la que se realizará una breve presentación y dará comienzo el plan de educación.

El objetivo de esta primera sesión es presentarse, describir el taller y empezar a trabajar sobre algunos miedos identificados en el apartado 5. Se contemplarán los miedos hacia objetos punzantes, entorno y material sanitario. Se adjunta la siguiente tabla que describe un breve cronograma de la primera sesión.

Tabla 14. Cronograma 1ª sesión

HORARIO	MIEDO A TRABAJAR	ACTIVIDADES (A)*	TÉCNICA	MATERIALES
9:00am		A1. Presentación del taller y actividades.	Presentación.	No se requieren materiales.
9:10am		A2. Presentación de los participantes y profesionales. ¿Quiénes somos?	Círculo.	1 depresor + papel + bolígrafo + cinta adhesiva.
9:20am	Conocimiento de miedos generales	A3. ¿Qué te sugiere la palabra “hospital”, “enfermera, o “entorno sanitario”?	Tormenta de ideas.	No se necesitarán materiales.
9:40am	Objetos punzantes	A4. Vídeo animado acerca de las vacunas	Powtoon.	Ordenador + proyector + audio.
9:50am		A5. Simulación de escenarios: ¿podrás ayudar a Hugo?	Juego con powtoon.	Tablets.

10:00am		DESCANSO/ALMUERZO		
10:15am	Entorno y procedimientos	A6. ¡Conoce los objetos que usamos para la revisión!	Exposición de escenario y material.	Material sanitario de consulta + maniquí.
10:40am		A7. ¡Juego" "Hoy somos nosotros los enfermeros"	Juego de simulación.	Material sanitario de consulta.

Fuente: elaboración propia.

El desarrollo de las actividades descritas en la tabla es el siguiente:

A1: se da inicio al taller. Los profesionales que lo imparten se presentarán y brevemente explicarán de qué trata el programa y las actividades a realizar en la primera sesión.

A2: tanto los participantes como los profesionales que imparten el taller escribirán su nombre en un papel que se pegarán a la ropa para identificarse. Se sentarán en semicírculo y se pasarán un depresor. El participante o profesional que tenga el depresor dirá su nombre e identificará un pensamiento positivo y uno negativo acerca del entorno sanitario.

A3: enlazando con la actividad anterior, los participantes, sentados en semicírculo irán pasándose el depresor. Quien lo posea, expondrá de forma ordenada qué les sugieren las palabras "entorno sanitario", "hospital", "enfermera".

A4: para trabajar el miedo a los objetos punzantes, se hablará de las vacunas, procedimiento común y frecuente en la infancia. Como se aprecia en la figura 8, se mostrará un vídeo de dibujos animados que habla sobre la importancia de las vacunas y trucos a emplear a la hora de recibirla (*para su desarrollo completo, véase anexo 4*).



Figura 8. Ejemplo demostrativo actividad 4.

Fuente: elaboración propia a partir de Nicastro y Whetsell, Fistera (7,27).

A5: en parejas o grupos de 3, con una tablet cada grupo, se realizará un juego interactivo que consiste en la toma de decisiones en distintos escenarios. En este caso se trata de Hugo, un niño que acude a la consulta de enfermería. Como se observa en la figura 9, los participantes tendrán la opción de elegir qué es lo que va a hacer Hugo ante la posibilidad de administración de una vacuna y cómo va a reaccionar (para su desarrollo completo, véase anexo 5).



Figura 9. Ejemplo demostrativo actividad 5.

Fuente: elaboración propia.

A6: se irá mostrando material sanitario común en una consulta (carrito de signos vitales, fonendoscopio, peso, depresor entre otros). Se les explicará para qué sirve cada objeto con la ayuda de “Dani”, un maniquí en el que irán demostrando el uso del material. También se hablará de las revisiones de enfermería (véase anexo 6).

A7: los niños, supervisados por los profesionales, podrán probar tanto entre ellos como en los profesionales que imparten el programa el material sanitario que se ha mostrado en la actividad anterior, simulando una consulta de enfermería, de forma que se realice un primer contacto con los materiales y jueguen con ellos. Se medirán

y pesarán entre ellos, se pondrán el pulsioxímetro, y también podrán hacerlo en “Dani”, el maniquí. El objetivo de esta actividad es estar en contacto y jugar con los materiales sanitarios.

8.5.4. Cuarta parte del programa

FASE 4

2º SESIÓN

Esta fase comprende la 2ª y última sesión del programa. Está dirigida a trabajar sobre los miedos hacia el personal sanitario, las emociones y aprendizaje de estrategias para lidiar con los miedos. Se realizará una actividad en forma de “examen final” para que los niños jueguen y, de forma lúdica, poner en práctica lo aprendido. Se adjunta la siguiente tabla con el cronograma de la última sesión.

Tabla 15. Cronograma 2ª sesión

HORARIO	MIEDO A TRABAJAR	ACTIVIDADES (A)*	TÉCNICA	MATERIALES
9:00am		A8. Presentación de las actividades.	Presentación.	No se requieren materiales.
9:10am	Emociones	A9. Expresión de emociones	Círculo.	Depresor.
9:20am		A10. Aprendizaje de estrategias para lidiar con el miedo.	Exposición y demostración	Ordenador + proyector + demostración de los profesionales.
9:45am	Personal sanitario	A11. ¿Qué piensas de las enfermeras?	Tormenta de ideas + comunicación.	Depresor.
10:00am	DESCANSO/ALMUERZO			

10:15am	Repaso de todos los miedos trabajados	A12. Juego. ¡Cambio de roles!	Simulación.	Material sanitario + profesionales que imparten el programa.
10:45am		A13. Encuesta de satisfacción + escala miedo.	Cuestionarios.	Tablet.
10:55 am		A14. Despedida + regalo sorpresa.	Despedida.	Depresores personalizados.

Fuente: elaboración propia.

A8: se da comienzo a la 2ª y última sesión. Se presentarán las actividades a realizar.

A9: los niños sentados en semicírculo se irán pasando un depresor. Quien posea el depresor identificará y expresará al resto del grupo 2 emociones negativas que sienta en relación con la consulta de enfermería.

A10: como se observa en la figura 10, se realizará una exposición dinámica sobre estrategias a realizar para lidiar con el miedo (*para su desarrollo completo véase anexo 7*). Los 25 minutos se dividirán de la siguiente manera:

- 10 minutos de exposición de estrategias.
- 5 minutos de dudas.
- 10 minutos de puesta en práctica.

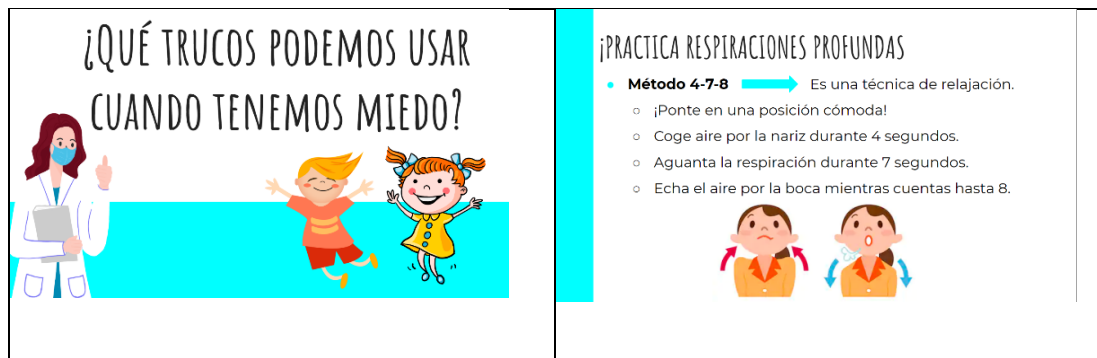


Figura 10. Ejemplo demostrativo actividad 10.

Fuente: elaboración propia.

A11: para trabajar el miedo al personal sanitario se considera importante no sólo el miedo de los niños sino también la actitud por parte de los profesionales. Es por ello que la actividad considerada para trabajarlo es la comunicación. Los niños sentados en semicírculo irán pasándose un depresor. Quien lo posea tendrá la oportunidad de hablar, de forma que la conversación sea ordenada. De uno en uno irán respondiendo la siguiente pregunta:

- ¿Qué piensas de las enfermeras?

La intención es compartir sentimientos hacia el personal sanitario como el miedo o áreas a mejorar y trabajar sobre ellos. El objetivo es dar poder a los niños para expresarse acerca del trato que perciben y aclarar dudas y posibles ideas erróneas.

A12: los laboratorios de la facultad se dividirán en tres escenarios que comprenden tres consultas. Los niños, divididos en 3 grupos serán los encargados de atender a los profesionales que imparten el programa. Como se aprecia en la figura 11, cada escenario comprende un problema trabajado a lo largo del programa. El objetivo es realizar una última actividad lúdica e interactiva que sirva para afianzar conocimientos y evaluar el aprendizaje. La duración será de 30 minutos, por lo que pasarán 10 minutos por cada escenario (*para una descripción más completa de los escenarios véase anexo 8*).



Figura 11. Ejemplo demostrativo actividad 12. Escenario 1: paciente que viene a hacerse la revisión y le da miedo el entorno y material sanitario.

Fuente: elaboración propia.

A13: como actividad final, se pasará de nuevo la escala “child medical fear scale” (véase anexo 3). Después, los niños recibirán tablets y en ellas responderán el cuestionario que aparece en la figura 12, que permitirá medir el grado de satisfacción que han alcanzado tras el programa (véase anexo 9 para desarrollo completo).



Figura 12. Ejemplo demostrativo cuestionario actividad 13.

Fuente: elaboración propia.

A14: despedida de los participantes. Como regalo de agradecimiento por haber participado, se llevarán un depresor personalizado, como se puede observar en la figura 13. Podrán elegir entre varios diseños (véase anexo 10 para observar todos los diseños).



Figura 13. Ejemplo demostrativo actividad 14.

Fuente: elaboración propia.

8.6. Otros datos acerca de la propuesta

En la siguiente tabla se describen otros aspectos de carácter organizativo de cara a la realización del plan de educación para la salud.

Tabla 16. Otros datos organizativos de la propuesta

ORGANIZACIÓN DE LA PROPUESTA			
Cronograma	La primera parte del programa (<i>véanse secciones 1 y 2</i>) se llevará a cabo a principios de septiembre de 2020.		
	Las secciones 3 y 4 del programa se llevará a cabo a finales de septiembre de 2020. Los días lunes y jueves. La duración de las sesiones que comprenden las secciones 3 y 4 del programa será de 120 minutos.		
	El horario queda por determinar de acuerdo a la disponibilidad tanto de la facultad de enfermería como de los colegios.		
	Se realizará pausa para almuerzo. Se permite llevar un snack y una botella de agua.		
Lugar	El programa se llevará a cabo en los laboratorios de la facultad de enfermería de la UPNA.		
Agentes de salud	Participarán 4 profesionales de enfermería, 4 docentes sanitarios y 2 observadores externos.		
Recursos	Recursos materiales	Recursos tecnológicos	Recursos humanos
	Material sanitario, maniquís, sillas, mesas, material escolar (papel, bolígrafos).	Conexión wifi, ordenador, tablets, proyector, altavoces. Resto de recursos digitales serán portados en el ordenador.	Participarán profesionales y sanitarios expertos en docencia.

Fuente: elaboración propia.

Como se puede apreciar en la tabla 16, se describe no sólo el cronograma y lugar de realización del plan de educación sino también los recursos y agentes de salud que estarían implicados.

Además, se decide realizar un apartado especificando los recursos no sólo humanos sino materiales y tecnológicos requeridos de cara a una buena organización y preparación del lugar para llevar a cabo el programa.

8.7. Evaluación

La evaluación del plan de educación se considera necesaria para estimar la efectividad del programa y valorar posibles áreas de mejora. Esta evaluación será realizada de forma continuada en el tiempo, no solamente al finalizar el programa de educación. Será llevada a cabo por los profesionales que imparten el plan de educación y observadores externos, que rellenarán una rúbrica descrita en el anexo 11. La rúbrica de evaluación del programa se realizará contemplando las siguientes 3 secciones: evaluación de estructura, valoración del proceso y observación de los resultados obtenidos.

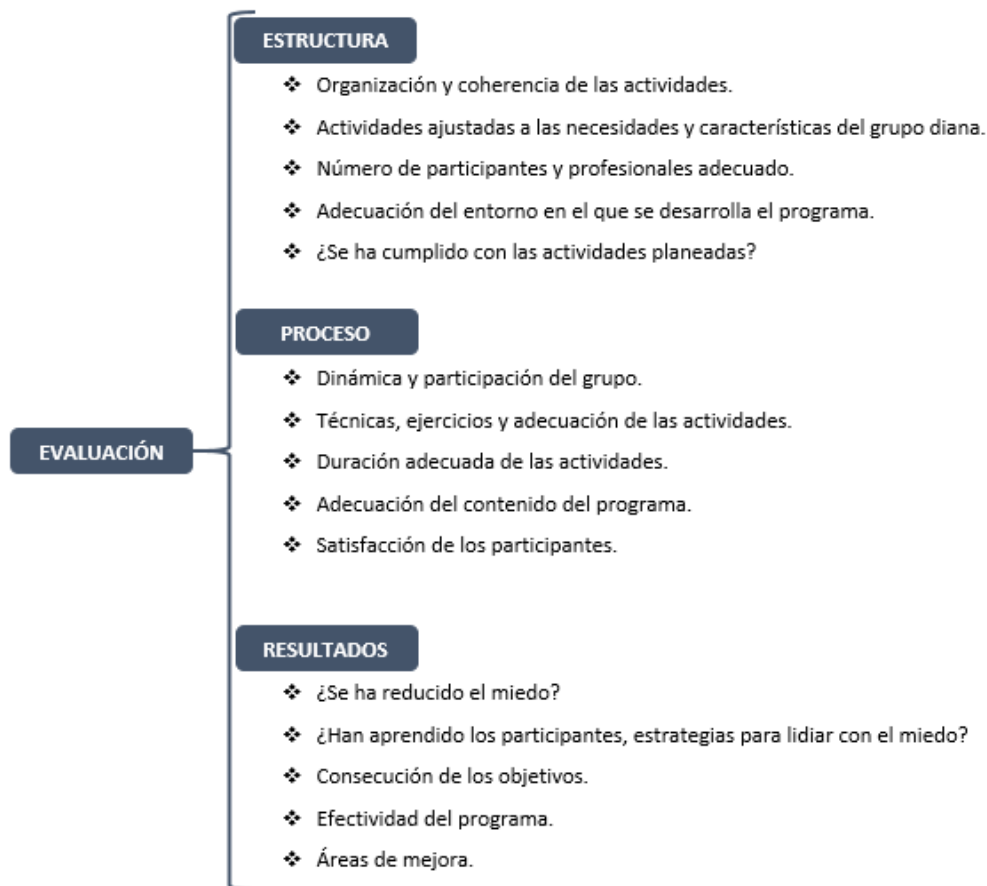


Figura 14. Esquema de la rúbrica de evaluación

Fuente: elaboración propia.

Este esquema resume los aspectos que se van a tener en cuenta a la hora de describir los ítems a evaluar y es ello, junto a una casilla de comentarios y/o sugerencias que permitirán evaluar el plan de educación.

Además, se volverá a pasar la escala “Child Medical Fear Scale” utilizada (*véase anexo 3*) al final del programa, de forma que se permita estudiar la efectividad del plan de educación. Los indicadores de la escala resultarán útiles y cobrarán una gran importancia puesto que van a permitir medir de forma cuantitativa los cambios o evolución que hayan surgido tras el programa y compararlos entre sí.

Los niños participantes del plan de educación recibirán, finalmente, un breve documento en formato digital, para evaluar el grado de satisfacción con el programa conocer de primera mano si le has gustado y lo han considerado de utilidad (*véase anexo 9*).

9. AGRADECIMIENTOS

A mi directora Leticia San Martín, por guiarme y orientarme a lo largo de la elaboración del trabajo.

A los enfermeros que he conocido a lo largo de las prácticas de la carrera, que tanto conocimiento, alegrías y valores me han aportado.

A mis seres queridos por la paciencia y el apoyo para seguir adelante con el trabajo en los momentos difíciles.

A mis amigas y futuras compañeras de trabajo, por el apoyo no sólo a lo largo de la realización del trabajo sino también a lo largo de la carrera.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NNNConsult [internet]. [revisado; 2020; consultado 21 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/nanda>
2. Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias. Manual de Valoración de Patrones Funcionales [internet], 2010. Disponible en: <https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>
3. Marina, JA. Los miedos y el aprendizaje de la valentía. Barcelona: Ariel; 2014.
4. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [internet]. [revisado: 2020; consultado: 4 Mar 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
5. Pérez MD. El miedo y sus trastornos en la infancia. Prevención e intervención educativa. Aula Rev Pedagog la Univ Salamanca [Internet]. 2000 [consultado en 9 En 2020]; p123–44. Disponible en: <https://revistas.usal.es/index.php/0214-3402/article/view/3564/0>
6. Guyton y Hall. El sistema nervioso autónomo y la médula suprarrenal. Tratado de Fisiología médica. 12ªed. Elsevier; 2011. p. 729-741.
7. Nicastro EA, Whetsell MV. Children's Fears. J Pediatr Nurs. [internet] 1999 [consultado 5 Feb 2020]; 14(6): 392-402. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10638053>
8. Urtasun AA. La perspectiva social del miedo. Condiciones que lo originan y adaptación creativa del individuo. En: CIS, editor. Nuevos desafíos al proyecto de la modernidad; 2010. p245-269.
9. Alastuey B. La sociología de la emoción y la emoción en la sociología. Pap Rev Sociol. [internet]. 2000 [consultado en 20 Feb 2020]; 62: p.145–76. Disponible en: <https://papers.uab.cat/article/view/v62-bericat/pdf-es>
10. New Culture Forum [internet]. [revisado 2020; consultado en 20 Feb 2020]. Disponible en: <http://www.newcultureforum.org.uk/>
11. Riezler, K. Psicología social del miedo. Am. J. Sociol. [internet]. 1944 [consultado 3 Dic 2019]; 49(6): p. 489-498. Disponible en: <http://revistas.filo.uba.ar/index.php/centro/article/view/1172/762>

12. Bauman, Z. Miedo líquido. La sociedad contemporánea y sus temores. Barcelona: Ediciones Paidós; 2006.
13. Forsner M, Jansson L, Söderberg A. Afraid of Medical Care. School-Aged Children's Narratives About Medical Fear. J Pediatr Nurs [Internet]. 2009 [consultado en 9 En 2020]; 24(6): p519–28. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19931150>
14. Salmela M, Aronen ET, Salanterä S. The experience of hospital-related fears of 4- to 6-year-old children. Child Care Health Dev. [internet]. 2011 [consultado en 9 En 2020]; 37(5): p719-726. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21143264>
15. Öztürk Şahin Ö, Topan A. Investigation of the Fear of 7–18-Year-Old Hospitalized Children for Illness and Hospital. J Relig Health. [internet]. 2019 [consultado en 20 En 2020] ;58(3): 1011–1023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30136136>
16. Coyne I. Children's experiences of hospitalization. J Child Heal Care. [internet] 2006 [consultado en 20 En 2020] ;10(4): p326–36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17101624>
17. Fernández-Castillo A, López-Naranjo I. Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. Int J Clin Heal Psychol. [internet] 2006 [consultado en 3 Mar 2020] ;6(3):631–45. Disponible en: https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=1&SID=E65VTHol1gXiDMggNWV&page=1&doc=1
18. Lerwick JL. Minimizing pediatric healthcare-induced anxiety and trauma. World J Clin Pediatr. [internet]; 2016 [consultado en 20 En 2020]; 5(2): p143-150. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4857227/>
19. Dalley JS, McMurtry CM. Teddy and I get a check-up: A pilot educational intervention teaching children coping strategies for managing procedure-related pain and fear. Pain Res Manag. [internet] 2016 [consultado en 3 Mar 2020] ;2016(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27445612>
20. Kajikawa N, Maeno T, Maeno T. Does a child's fear of needles decrease through a learning event with needles? Issues Compr Pediatr Nurs [internet]. 2014 [consultado en 3 Mar 2020] ;37(3):183–94. Disponible en:

- <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=2&sid=e8e9685c-25f6-41c3-ad24-da0047fbe3a8%40sessionmgr4008&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=103989671&db=ccm>
21. De Paula GK, Bezerra Góes FG, Santana da Silva ACS, Medeiros de Moraes JRM, Faria da Silva L, da Anunciaçao Silva M. Play Straregies in Nursin Care for the Hospitalized Child. J Nurs UFPE [internet]. 2019 [consultado en 3 Mar 2020]; 13; p.157/167. Disponible en: https://redib.org/Record/oai_articulo2058610-play-strategies-nursing-care-hospitalized-child
 22. Ebnezar JNP. Effectiveness of Medical Play on the Reduction of Fear in Children Aged 4 - 8 Years Undergoing Hospital Procedures in Selected Hospitals at Mangalore. Int J Nurs Educ [internet]. 2014 [consultado en 5 Mar 2020];6(2):p61-65. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=2&sid=9ffb5b08-3645-4b72-86a5-855270dfb545%40pdc-v-sessmgr03&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=103797488&db=ccm>
 23. Topan A, Sahin OO. Evaluation of efficiency of puppet show in decreasing fears of school-age children against medical procedures in zonguldak (Turkey). J Pak Med Assoc [internet]. 2019 [consultado en 5 Mar 2020] ;69(6):p817–22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31189288>
 24. García Pérez L, Martín Luis D, Mora Quintero ML. El contexto hospitalario infantil: el efecto de los payasos de hospital y otras intervenciones. Análisis y Modif Conduct [internet]. 2017 [consultado en 5 Mar 2020] ;43(167–68):p.19–38. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6313689>
 25. Moreno Fergusson, ME. Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería [internet]. 2013 [consultado en 30 Abr 2020]; 13(2): p.146-147. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4805271>
 26. Hart D, Bossert E. Self-reported fears of hospitalized school-age children. J Pediatr Nurs [internet]. 1994 [consultado en 3 May 2020] ;9(2):p.83–90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8027944>

27. Fistera. La importancia de las vacunas [Internet]. [revisado en 2020; consultado 2020 May 4]. Disponible en: https://www.fistera.com/Salud/4vacunas/importancia_de_las_vacunas.asp

11. ANEXOS

ANEXO 1 –CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES Y NIÑOS

Documento de Consentimiento Informado (versión padres/tutores)

¿Te cuento un secreto?

El secreto es no tener miedo

Estimado padre/madre o tutor/a:

Se está realizando un estudio acerca de los miedos de los niños hacia el entorno sanitario en niños de 4 a 8 años de Pamplona con el objetivo de realizar un plan de educación basado en el juego para tratar de disminuir el miedo y proporcionar estrategias para afrontarlo.

El proyecto, por tanto, contempla realizar un programa de educación sanitaria que incluye un cuestionario acerca de los miedos en el entorno sanitario y la participación de los niños en actividades lúdicas relacionadas. Los datos obtenidos se emplearán para conocer si la realización de un plan de educación mejora o ayuda en la consecución de los objetivos contemplados.

Con este consentimiento, acepto la participación y el uso de los datos obtenidos a través del cuestionario realizado al principio y al final del estudio.

Datos a rellenar:

Nombre y apellidos del padre/madre o tutor/a.....

DNI del padre/madre o tutor/a.....

Nombre y apellidos del participante.....

DNI del participante.....

1. He recibido y he entendido el objetivo del programa.
2. Firmo este consentimiento de manera voluntaria y acepto la participación y el uso de datos para fines científicos.

Fecha:.....

Firma del padre/madre o tutor/a

Documento de Consentimiento Informado (versión participante)

¿Te cuento un secreto?

El secreto es no tener miedo

Estimado participante:

Se está realizando un estudio acerca de los miedos en el entorno sanitario en niños de 4 a 8 años de Pamplona con el objetivo de realizar talleres con diferentes juegos y actividades para disminuir el miedo y proporcionar estrategias para enfrentarse a él.

El proyecto, por tanto, contempla realizar un programa de educación sanitaria que incluye un cuestionario acerca de los miedos en el entorno sanitario y la participación en diferentes juegos y actividades. Los datos obtenidos se emplearán para conocer si las actividades realizadas funcionan.

Con este consentimiento, acepto la participación y el uso de mis datos, obtenidos a través del cuestionario realizado al principio y al final del estudio.

Datos a rellenar:

Nombre y apellidos del participante.....

DNI del participante.....

1. He recibido y he entendido el objetivo del programa.
2. Firmo este consentimiento de manera voluntaria y acepto la participación y el uso de datos para fines científicos.

Fecha:.....

Firma del padre/madre o tutor/a

ANEXO 2 – TRÍPTICO INFORMATIVO DEL PROGRAMA

¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS?

Desarrollo de estrategias dirigidas a lidiar con los miedos sanitarios

La disminución del miedo en los niños hacia el entorno sanitario

Humanización del cuidado pediátrico, incluyendo la alfabetización sanitaria como parte del cuidado.

Adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades para capacitar a los niños en materia sanitaria.

¿DE QUÉ TRATA EL PROGRAMA?

Es un programa dirigido al aprendizaje sanitario mediante el juego.



¿Quiénes participan?
Niños de 4 a 8 años.

¿Cuánto dura?
Son 2 sesiones de 120 minutos (9:00am – 11:00 am)



¿Dónde se realiza?
En los laboratorios de la facultad de enfermería de la UPNA.

¿Te cuento un secreto?

¡El secreto es no tener miedo!

Aprende trucos para no tener miedo

Conoce el entorno sanitario



¿QUÉ ACTIVIDADES SE VAN A REALIZAR?

LUNES 9:00am – 11:00 am

9:00am. Presentación del programa y de las actividades.

9:10am. ¿Quiénes somos?

9:20am. ¿Qué te sugiere la palabra “hospital”, “enfermera” o “entorno sanitario”?

9:40am. Dibujos animados vacunas.

9:50 am. ¡Juego! Simulación de escenarios con “Hugo”: ¿podrás ayudarlo?

10:00am. Descanso ¡A comer!

10:15 am. ¡Conoce los objetos que usamos para la revisión!

10:40 am. ¡Juego! Hoy somos nosotros los enfermeros.

¿QUÉ ACTIVIDADES SE VAN A REALIZAR?

JUEVES 9:00am – 11:00 am

9:00am. Presentación de las actividades.

9:10am. Expresión de emociones.

9:20am. Estrategias para lidiar con el miedo.

9:45am. ¿Qué piensas de las enfermeras?

10:00am. Descanso ¡A comer!

10:15 am. Juego: ¡Cambio de roles!

10:45 am. Encuesta de satisfacción. ¿Te ha gustado? + escala del miedo.




10:55am. Despedida y... ¡Regalo sorpresa!

¿ESPERAMOS QUE LO DISFRUTES!



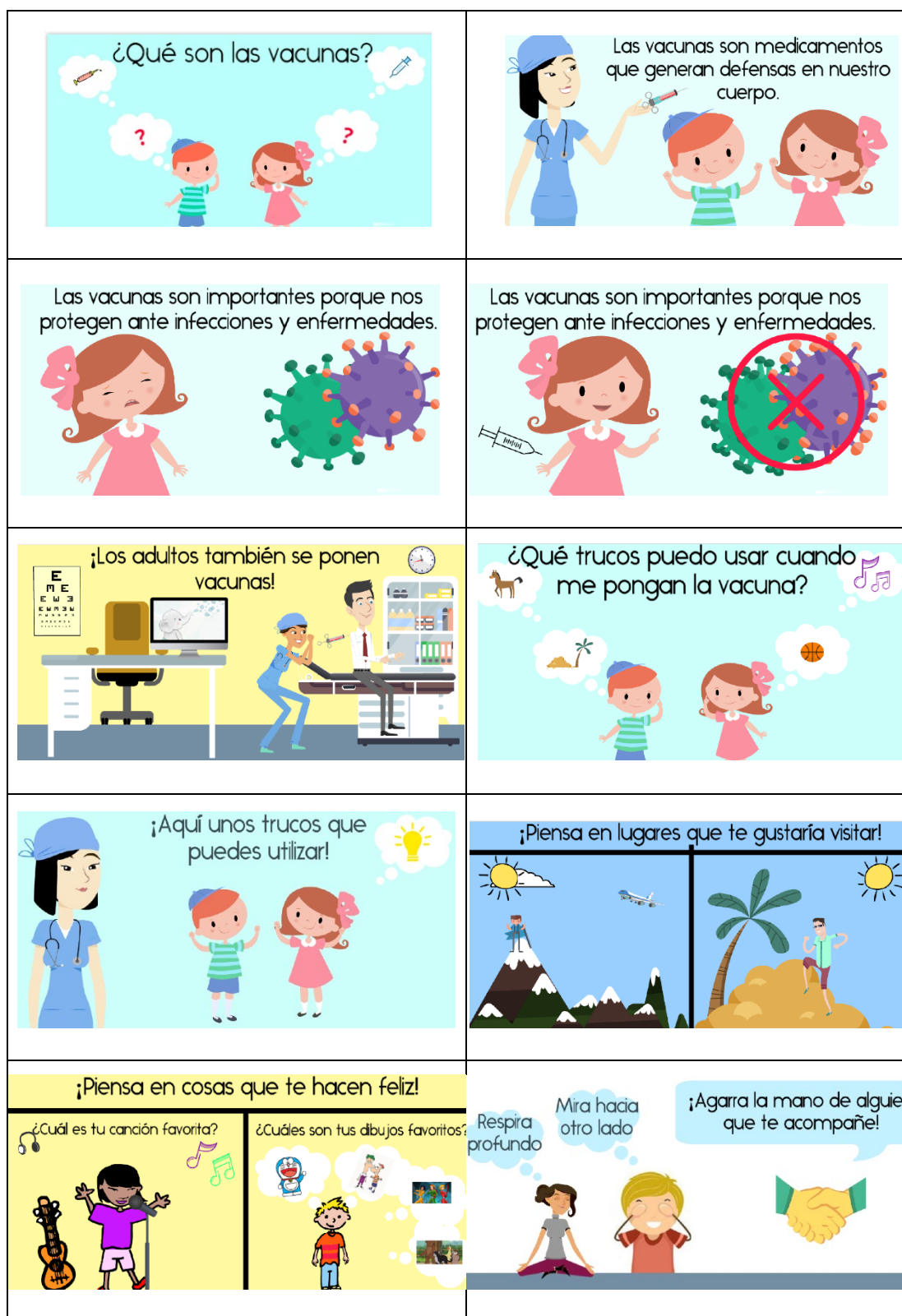
¡ANIMATE A PARTICIPAR!

ANEXO 3 –ESCALA PRE Y POST INTERVENCIÓN TRADUCIDA

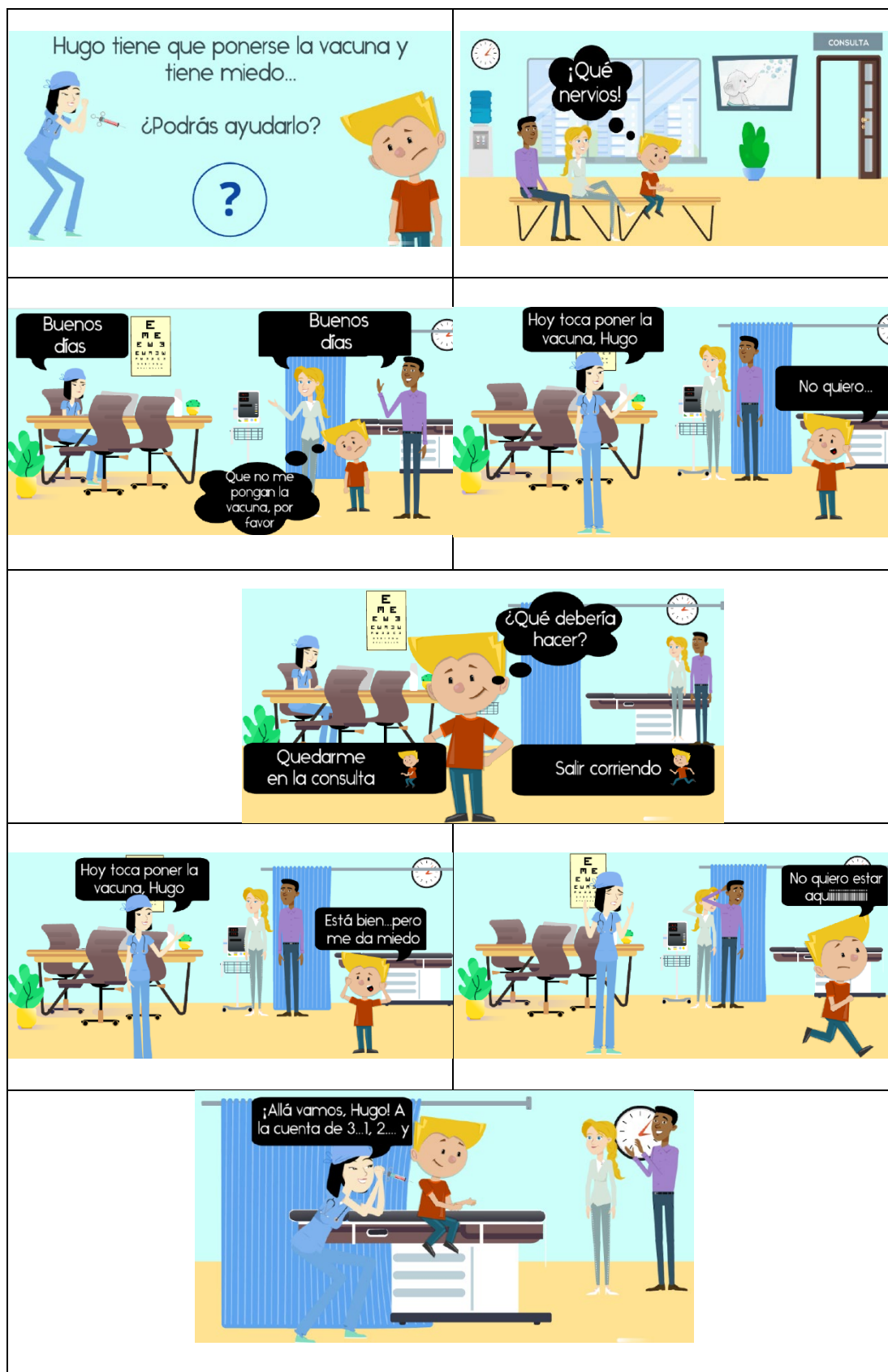
ÍTEMS	RESPUESTAS		
	Nada de miedo 	Un poco de miedo 	Mucho miedo 
Me da miedo la consulta medicina/enfermería.			
Me da miedo que me pongan el depresor en la boca.			
Tengo miedo de que me miren la garganta.			
Me da miedo vomitar.			
Me da miedo que me pinchen en el dedo.			
Me da miedo ver que me sale sangre.			
Tengo miedo de ponerme la vacuna/inyección.			
Tengo miedo de no ir al colegio si estoy enfermo/a.			
Me da miedo contagiar a mis amigos y familia si estoy enfermo/a.			
Me da miedo hacerme daño.			
Me da miedo llorar si me hago daño.			
Me da miedo ir al hospital.			
Tengo miedo de estar ingresado por mucho tiempo.			
Tengo miedo de estar lejos de mi familia si me ingresan.			
Me da miedo que la enfermera me de malas noticias.			
Me da miedo a morir si voy al hospital.			
Me da miedo que el personal no me explique lo que me van a hacer.			

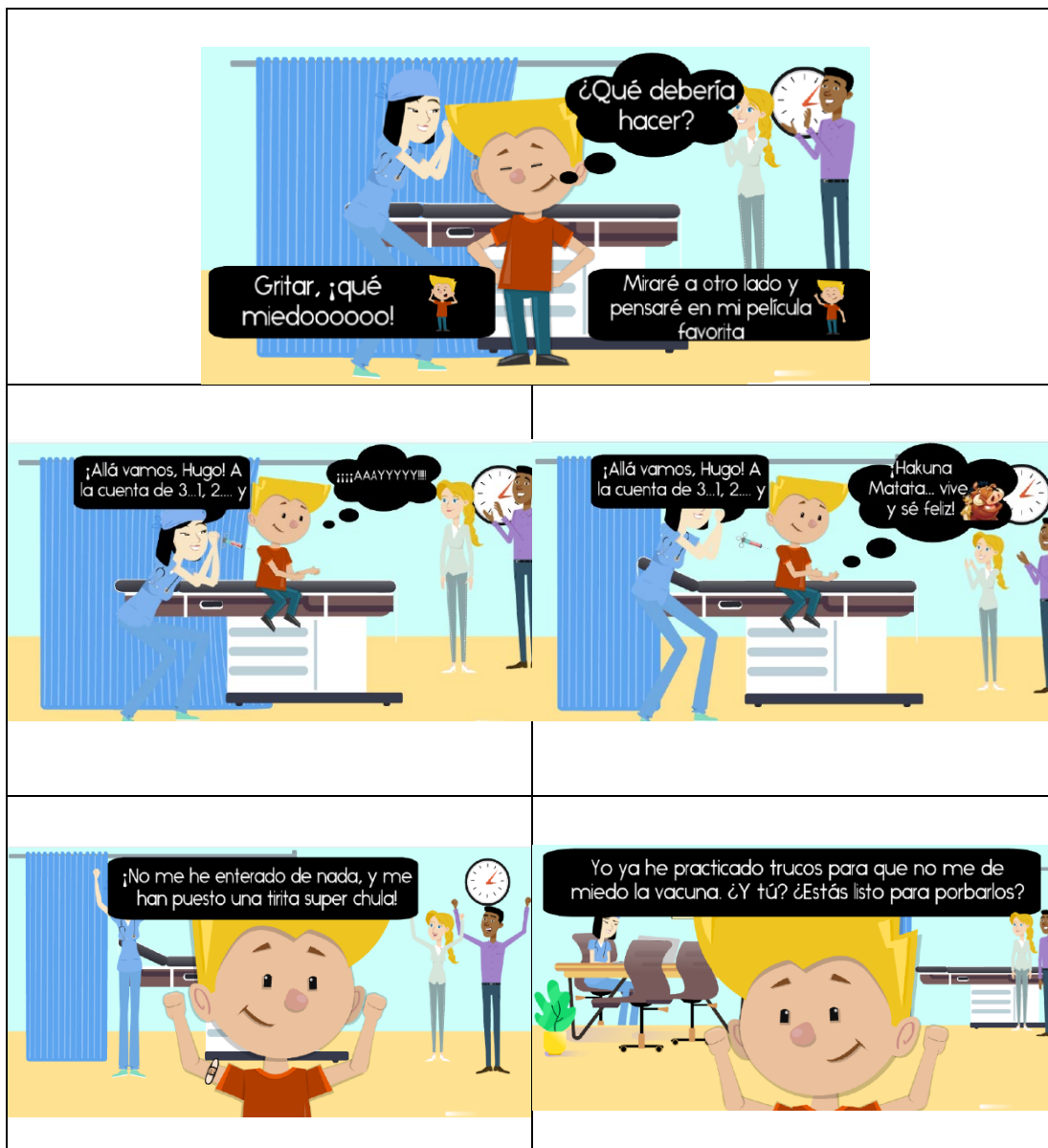
Fuente: Hart D, Bossert E, 1994.

ANEXO 4 –EJEMPLO EXPLICACIÓN ANIMADA VACUNAS










ANEXO 5 –EJEMPLO JUEGO DE SIMULACIÓN DE ESCENARIOS





Se trata de un breve guion orientativo de los puntos a comentar a lo largo de la actividad
Consulta de enfermería
¿Qué hay en una consulta de enfermería?, ¿Qué suele hacer la enfermera en la consulta?
¿Para qué sirve mirar la tensión?
La circulación del cuerpo funciona como un sistema de tuberías por las que circula un fluido, que en este caso es la sangre. Medir la tensión nos ayuda a ver la fuerza con la que choca la sangre en las tuberías al circular.
¿Para qué sirve el pulsioxímetro?
El pulsioxímetro es un objeto en forma de pinza que se pone en el dedo y nos ayuda a medir el oxígeno que tenemos en la sangre.
¿Para qué sirve el otoscopio?
El otoscopio es un dispositivo que tiene una luz. Es como una linterna con una pequeña lupa y nos ayuda a ver el oído.
¿Para qué sirve el test de Snellen?
Se trata de un test muy sencillo que tiene diferentes letras. Estas letras son grandes al principio y se van haciendo más pequeñas. Sirve para comprobar si tenemos bien la vista.
¿Para qué sirve un depresor?
El depresor es un palito de madera que sirve para ver la garganta. El palito se coloca en la lengua de forma que nos permite ver mejor la garganta.
¿Para qué sirve un fonendoscopio?
Es un aparato que nos permite escuchar cómo late el corazón y cómo respiráis.
Otras actividades a comentar
En la revisión también se pesa y se mide. También os harán preguntas acerca de la comida, si practicáis deporte, qué tal dormís, cuántos años tenéis...

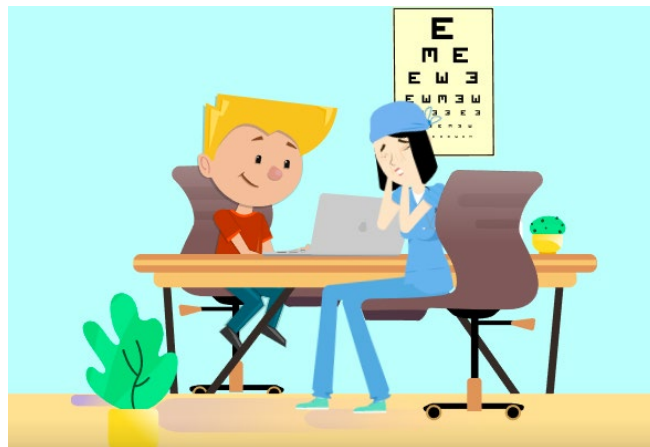
<p>¿QUÉ TRUCOS PODEMOS USAR CUANDO TENEMOS MIEDO?</p> 	
<p>¡PRACTICA RESPIRACIONES PROFUNDAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar respiraciones profundas ayuda a: <ul style="list-style-type: none"> Estar más tranquilo. Calmar los nervios. 	<p>¡PRACTICA RESPIRACIONES PROFUNDAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Método 4-7-8 → Es una técnica de relajación. <ul style="list-style-type: none"> ¡Ponte en una posición cómoda! Coge aire por la nariz durante 4 segundos. Aguanta la respiración durante 7 segundos. Echa el aire por la boca mientras cuentas hasta 8. 
<p>¡PIENSA EN LAS COSAS POSITIVAS!</p> <ul style="list-style-type: none"> Piensa en aquello que te asusta y ahora responde... ¿Cuál es la parte positiva? <ul style="list-style-type: none"> Ejemplo: "me da miedo ponerme la vacuna pero sé me protegerá de enfermedades". ¡Recuerda que la salud es muy importante y por eso hay que hacer revisiones, para asegurar que estamos super sanos! 	<p>¡EXPRESA TUS SENTIMIENTOS!</p> <ul style="list-style-type: none"> Es importante hablar de nuestros sentimientos y emociones. <p>¡Recuerda! Cuanto más intentamos esconder los miedos, peor te sientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> Compartir los sentimientos no sólo te hará sentir mejor, sino que los demás podrán saber cómo te sientes y podrán ayudarte. Te ayudará a conocerte a ti mismo y tus emociones. 
<p>¡OBSERVA!</p> <ul style="list-style-type: none"> Técnica "modeling" <p>¡Ver a un amigo hacer algo que a ti te da miedo puede animarte a probarlo y ver que no pasa nada!</p> <p>Ejercicio!</p> <p>¿A quién le da miedo que le miren la garganta?...¿A quién no? ¿Te atreves a que te miremos la garganta?</p> <p>Esta técnica indica que, la ausencia de miedo en alguien de confianza ante un procedimiento, puede ayudar a otro compañero a enfrentarse a ello.</p> 	<p>¡APRENDIZAJE!</p> <ul style="list-style-type: none"> Muchas veces las cosas que nos dan miedo, es porque no las conocemos y no sabemos nada sobre ellas. <ul style="list-style-type: none"> Pregúntale a la enfermera... ¿Qué es?, ¿Para qué sirve? Pregúntate... ¿Te sirve aprender y conocer los materiales y procedimientos típicos? 

ANEXO 8 –ESCENARIOS PARA EL ROLE PLAY “CAMBIO DE ROLES”

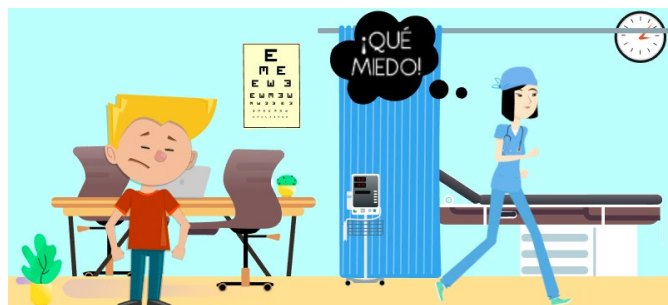
ESCENARIO 1 –Paciente que viene hacerse la revisión y le da miedo el entorno y material sanitario.



ESCENARIO 2 –Paciente que está llorando porque le da miedo ponerse la vacuna.



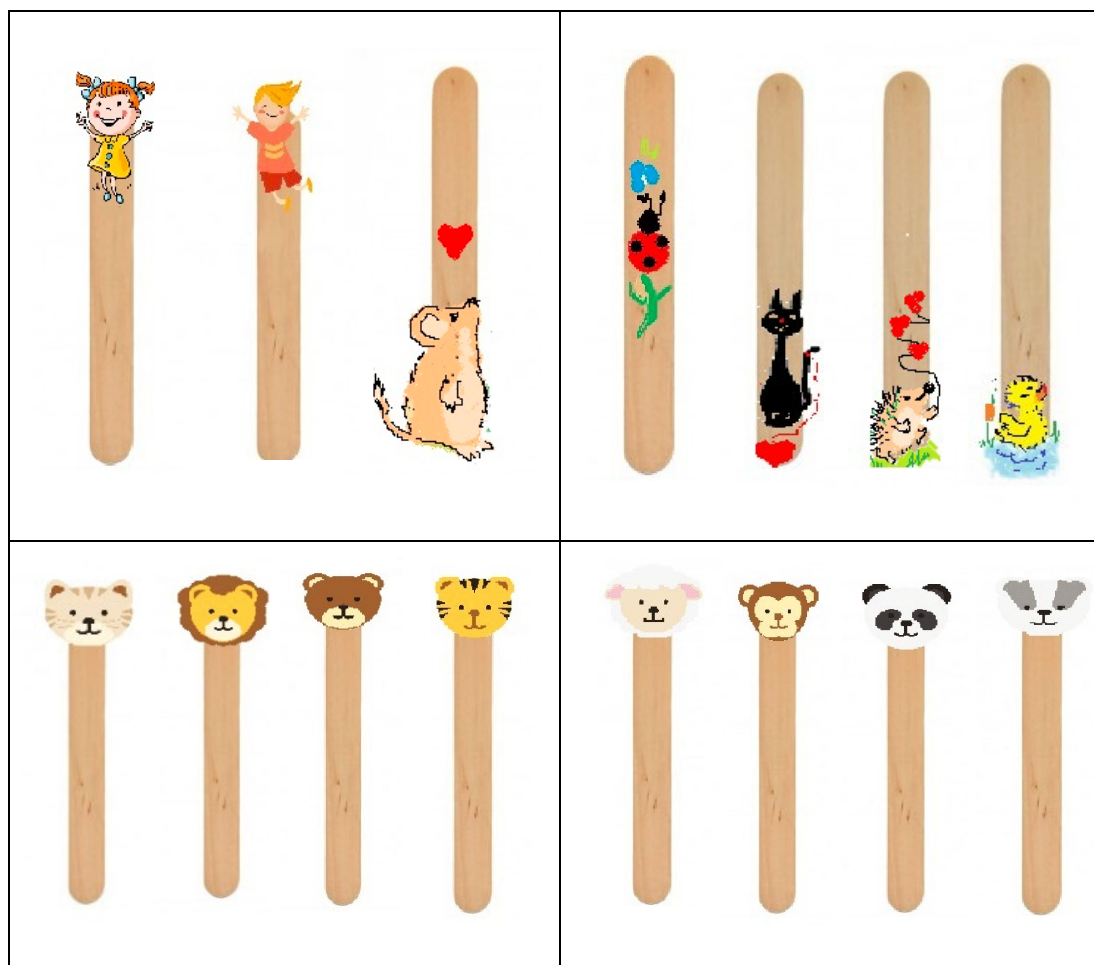
ESCENARIO 3 –Paciente que tiene miedo del personal sanitario.



ANEXO 9- ENCUESTA DIGITAL DE SATISFACCIÓN DEL PARTICIPANTE

<p>Encuesta de satisfacción</p> <p>¿Te cuento un secreto? El secreto es no tener miedo</p> <p>Haz click en las siguientes caritas para responder las preguntas</p> <p>MUCHO POCO NADA</p>	
<p>¿Te has divertido con las actividades?</p> <p>MUCHO POCO NADA</p>	<p>Tras las actividades realizadas ¿sigues teniendo miedo?</p> <p>MUCHO POCO NADA</p>
<p>¿Recomiendas a otros niños/as que participen?</p> <p>MUCHO POCO NADA</p>	<p>He aprendido trucos para cuando tenga miedo</p> <p>MUCHO POCO NADA</p>
<p>¿Las actividades te han servido para aprender?</p> <p>MUCHO POCO NADA</p>	<p>¿Te ha gustado el programa?</p> <p>MUCHO POCO NADA</p>
<p>¡Gracias por participar!</p>	

ANEXO 10 –REGALO DEPRESORES PERSONALIZADOS



ANEXO 11 –RÚBRICA DE EVALUACIÓN

RÚBRICA DE EVALUACIÓN

¿Te cuento un secreto?

El secreto es no tener miedo

Marque con una X la puntuación que considere más acertada siendo 1 muy deficiente y 5 excelente).

Evaluator: _____

ESTRUCTURA	1	2	3	4	5
La organización de las actividades es adecuada.					
Se utilizan los materiales didácticos de forma coherente.					
Las actividades se ajustan a las necesidades y características del grupo diana.					
El entorno en el que se desarrolla el programa es adecuado.					
- Las aulas se adaptan al objetivo del programa.					
- El espacio para el desarrollo de actividades es amplio.					
La cantidad y variedad de recursos de los que se disponen es adecuada.					
Se ha cumplido con las actividades que se contemplan en el programa (puntualidad, realización total de las actividades).					

PROCESO	1	2	3	4	5
La participación de los integrantes ha sido satisfactoria (los niños han participado en las diferentes actividades).					
Las actividades que se realizan se adecúan a la consecución de los objetivos.					
El contenido del programa es adecuado.					
- Las explicaciones son claras y sencillas.					
- Se utiliza un vocabulario de fácil comprensión					
La duración de las actividades se ajusta al programa.					

RESULTADOS	1	2	3	4	5
Se ha logrado reducir el miedo hacia el entorno sanitario.					
Los participantes han aprendido estrategias para lidiar con el miedo.					
Se han logrado los objetivos del programa.					
La propuesta del programa es efectiva.					

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS DE MEJORA